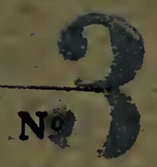
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 N° 

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 octobre 1906, à 1 heure

PAR

Marcel Le JEMTEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer
Membre correspondant de la Société anatomique.

LES FIBROMES PÉRIOSTIQUES

D'ORIGINE VERTÉBRALE

Président: *M.* SEGOND, *Professeur.*

Juges: *MM.* GAUCHER, *Professeur.*
LEGUEU, *Agrégé.*
CLAUDE, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses partie
de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

LES FIBROMES PÉRIOSTIQUES

D'ORIGINE VERTÉBRALE

DU MÊME AUTEUR

Hernie ombilicale congénitale opérée 3/4 d'heure après la naissance. Guérison. (Soc. d'Obstétrique, 15 déc. 1904.)

Note sur deux cas d'hydrocéphalie. (Soc. d'Obstétrique, 15 décembre 1904(.

Quatorze kystes hydatiques intra-abdominaux. (Soc. anatomique, 10 novembre 1905.)

Des perforations de l'intestin grêle par corps étrangers. (Archives générales de médecine, 30 janvîer 1906.)

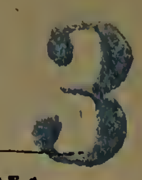
Sur un cas d'étranglement par bride siégeant à l'angle duodéno jéjunal (en collaboration avec L. Morel). Tribune médicale, 3 janvier 1906.

Occlusion intestinale par torsion d'un segment de mésentère. (Arch. générales de médecine, 1er mai 1906.)

Cysto-carcinome de l'ovaire gauche avec péritonite et pleurésie chez une jeune fille opérée antérieurement d'un kyste de l'ovaire droit (en collaboration avec Ch. Esmein). Soc. anat., 23 juin 1906.

Tumeur papillomateuse de l'ovaire opérée et guérie. 1° Récidive ; 2° Laparotomie ; 3° Intervention deux ans plus tard pour kyste de l'autre ovaire. Disparition de toutes végétations. (Soc. anat., 20 juillet 1906.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1906 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 octobre 1906, à 1 heure

PAR

Marcel Le JEMTEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer
Membre correspondant de la Société anatomique.

LES FIBROMES PÉRIOSTIQUES

D'ORIGINE VERTÉBRALE

Président : *M.* SECOND, *Professeur.*

Juges : *MM.* GAUCHER, *Professeur.*
LEGUEU, *Agrégé.*
CLAUDE, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses partie de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEIS ET AMICIS

A MON VÉNÉRÉ MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Chirurgien de la Salpêtrière.
Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON
(Trousseau) 1899

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE
(Tenon) 1900

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSIAS (*in memoriam*)
(Bretonneau) 1901

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONOD
(Saint-Antoine) 1902

Internat.

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNARD
(Berck-sur-Mer) 1903–1904

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT
(Boucicaut) 1903-1904

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD
(Tenon) 1904–1905

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD
(Tenon) 1904-1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONOD
(Saint-Antoine) 1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND
(La Salpêtrière) 1906

A MES AUTRES MAITRES

MM. LES DOCTEURS CHAUFFARD, AVIRAGNET, LAUNOIS, BELIN, MICHAUX, LEJARD, RIEFFEL, J.-L. FAURE, LAUNAY, HERBET, LABEY.

INTRODUCTION

L'existence de tumeurs fibreuses développées aux dépens du périoste est un fait d'observation courante : tous les auteurs s'accordent à reconnaître la fréquence de ces néoplasmes sur les os du crâne, de la face, sur le tibia et sur la clavicule. « Les fibromes ne sont pas rares dans le périoste, disent Cornil et Ranvier. Virchow, à propros du diagnostic anatomique entre le fibrome et le sarcome du périoste, insiste sur ce fait que les fibromes ne pénètrent pas dans les os, comme le font les sarcomes. Les fibromes, en effet, sont toujours bien limités des tissus voisins, tandis que les sarcomes sont entourés par une couche périphérique envahissante. Parmi les fibromes périostiques, il convient de citer ceux qui ont été observés au pubis (Delbet), au niveau de l'orbite (Piéchaud et Morange) sur les gencives, le long de la colonne vertébrale (Virchow et Cruveilhier). Les plus importants de tous sont les polypes naso-pharyngiens, justement appelés par Terrier

basilo-pharyngiens à cause de leur origine habituelle dans le périoste des os de la base du crâne. » M. Delbet, dans le *Traité de Chirurgie*, s'exprime à peu près de la même façon, rappelle les mêmes cas et cite les observations de de Cruveilhier et de Virchow sur les fibromes de la colonne vertébrale. Enfin, M. Quénu reconnaît également la fréquence des tumeurs fibreuses au niveau du périoste et le peu d'altération de l'os sous-jacent. Il ne signale pas toutefois d'exemple de tumeur fibreuse développée le long du rachis.

Malgré de nombreuses recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé, en effet, à part les observations de Cruveilhier et de Virchow, décrit les fibromes de la colonne vertébrale, ou plutôt, nous les avons vus justement éliminés au profit des fibromes développés dans les muscles et les aponévroses des parois thoraciques ou abdominales, accidentellement reliés au squelette vertébral par un pédicule secondaire. Est-ce à dire que les premiers n'existent pas et qu'il faille les rayer de la nosographie clinique et anatomique ? Nous ne le pensons pas, et bien qu'il soit souvent difficile d'être fixé sur l'origine d'une tumeur fibreuse, étant donné la dissémination et l'abondance du tissu conjonctif dans tout l'organisme, il n'y a pas de raison, *a priori*, pour que la couche externe du périoste vertébral ne donne pas naissance à une tumeur de ce genre, au même titre que la couche périostique des autres os: Mais, en fait, l'extrême rareté des cas observés

est un mauvais argument pour démontrer leur existence, et les observations mêmes de deux maîtres de l'anatomie pathologique, observations que nous rapportons plus loin, sont seules non susceptibles d'être discutées. Le cas que nous aurons à citer, avec tous les détails opératoires et l'examen microscopique de la pièce, nous a donc semblé suffisamment intéressant, sinon démonstratif, pour que nous n'hésitions pas à en faire le sujet de notre thèse. Les hasards de la clinique nous ont, en effet, permis d'observer, pendant notre dernière année d'internat, dans le service de M. le professeur Segond, notre maître, une tumeur volumineuse, développée entre la crête iliaque et les fausses-côtes gauches, proéminant au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen, dont elle était cependant indépendante et qui semblait devoir être, à un premier examen, une rate augmentée de volume. L'intervention démontra qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, rétropéritonéale, adhérente à la paroi antérieure de la colonne lombaire et soulevant l'aorte par son pédicule ; développée par conséquent, soit aux dépens du périoste vertébral, soit aux dépens du grand ligament vertébral antérieur qui lui est intimement uni, soit même aux dépens de l'aponévrose d'insertion du psoas ou des aponévroses postérieures des muscles abdominaux. Si nous donnons dès maintenant toutes ces origines possibles de la tumeur, c'est que beaucoup d'auteurs seraient tentés de nous dire : Il est vra que votre fibrome adhérait à la colonne lombaire, mais il s'agit là d'une adhérence secondaire, favorisée par les con-

ditions et la topographie de l'évolution de la tumeur ; en réalité son origine est aponévrotique et si une intervention précoce avait été pratiquée, vous n'auriez pas rencontré de pédicule périostique. Qu'il s'agisse d'un fibrome développé dans la paroi abdominale, qu'il s'agisse de la même tumeur rencontrée dans la région cervico-dorsale, voire même lombaire, que le pédicule soit iliaque, pubien, costal ou vertébral, il n'en reste pas moins établi que l'origine est aponévrotique et toujours aponévrotique.

Cette argumentation, qui publie à son actif nombre de cas que nous ne saurions rapporter ici, ne nous a pas paru tenir devant le fait que nous avons observé et nous aurons à expliquer pourquoi ; mais nous voyons de suite, par son simple exposé, combien la question de l'origine périostique ou aponévrotique de ce genre de tumeurs est connexe, et nous essaierons d'en faire l'historique pour mettre les choses au point. Puis, nous passerons en revue, dans ce travail, les tumeurs fibreuses d'origine périostiques, développées au niveau de la colonne vertébrale, depuis la nuque à la crête iliaque. Les considérations anatomiques et cliniques qui vont suivre ne comprendront donc ni les fibromes aponévrotiques, ni les fibromes naso-pharyngiens, ces derniers formant une classe tellement spéciale, qu'il n'y a aucun intérêt à la grouper avec les tumeurs dont nous voulons nous occuper. De même, nous

éliminerons les tumeurs périostiques développées au niveau du bassin, os iliaque ou sacrum, dont on possède nombre d'observations et qui nous entraîneraient dans de trop longues considérations.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En 1839, Maisonneuve terminait ainsi sa thèse pour le concours d'agrégation. « Le périoste peut encore donner naissance à des tumeurs de diverse nature, telles que les tumeurs fibreuses, mais leur histoire ne présente rien qui puisse se rattacher à celle des tumeurs fibreuses en général, je me contenterai de les mentionner. » Longtemps après, le 20 juin 1854, le même auteur pratiquait l'ablation d'une tumeur fibreuse du cou, développée au niveau de la colonne cervicale et, quelques années plus tard, en 1856, Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, rappelait la brillante intervention de Maisonneuve, et décrivait à son tour les fibrophytes périostaux d'origine vertébrale.

A la même époque, les chirurgiens qui avaient été amenés à décrire et à opérer les tumeurs fibreuses développées au niveau de la paroi abdominale antérieure, n'avaient pas été sans remarquer l'existence d'un pédicule qui unissait ces tumeurs aux os du voisinage, os iliaque, pubis, côtes, colonne vertébrale.

Etait-ce dès lors des fibromes périostiques ou des fibromes aponévrotiques ? Limange, médecin militaire belge, avait, dès 1850, publié un fait de cette nature. Huguier, le 22 août 1860, fait à la Société de chirurgie l'histoire de ces tumeurs ; il en dégage les caractères essentiels : ce sont des fibromes, tumeurs bénignes, en rapport avec les os dont elles naissent par un pédicule, et adhérentes accidentellement au péritoine. Cette affection est spéciale à la femme.

Les observations rapportées par Huguier, au nombre de quatre, comprenaient trois tumeurs avec pédicule iliaque et une avec pédicule costal. Au point de vue du traitement, Huguier proposait, pour les tumeurs adhérentes du moins, de sectionner le pédicule afin d'arrêter le développement ; l'absence de succès de ce moyen thérapeutique, qui l'avait conduit à pratiquer l'ablation de ces mêmes tumeurs semble un peu en contradiction avec l'origine osseuse de ces fibromes.

Cette communication de Huguier eut le don de perpétrer pendant de longues années en France, l'erreur qui consiste à poser en principe, pour les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale antérieure, l'existence d'un pédicule. « Il reconnaît, dans le cours d'une opération, que ce pédicule n'existe pas sur une tumeur qui lui en avait donné la sensation clinique, mais, entraîné par sa première idée, tout en signalant le fait, il n'en tient pas compte. Il pose en principe l'existence du pédicule. Il fait naître ces tumeurs du périoste et les fait vivre par les vaisseaux de ce pédicule. Malheureusement, les chirurgiens qui assistaient à sa communication, rappelant leurs souvenirs sur

des faits plus ou moins éloignés, acceptent et confirment l'idée du pédicule et ainsi naquit une erreur d'anatomie pathologique qui resta accréditée en France pendant quinze ans et qui eut sur les méthodes de traitement une funeste influence. » Labbé et Rémy.

En effet, dans cette même séance, Verneuil, Michon, Nélaton, rapportent des faits personnels : le pédicule est toujours iliaque. Nous n'insisterons pas sur ces cas. En 1861, Bodin fait paraître sa thèse sur les tumeurs fibreuses péripelviennes : il rapporte les idées défendues par Huguier l'année précédente, et présente deux nouveaux cas, avec pédicule costal.

Cette erreur du pédicule osseux originel, contre laquelle on s'insurgea plus tard, devint elle-même le point de départ d'une violente réaction qui consista à nier l'existence de toute tumeur fibreuse périostique au niveau du tronc, et c'est à cause de cette réaction que nous devons en même temps aborder les deux questions, pour fixer ce qui revient à chacune d'elles.

En 1862, Nélaton, dans une leçon faite à l'hôpital des Cliniques, divise ces fibromes en tumeurs de la fosse iliaque et tumeurs de la crête iliaque : il admet l'existence du pédicule osseux. Dix ans plus tard, M. le professeur Richet opère, avec succès, une tumeur du volume du poing, par la ligature sous-cutanée lente et progressive du pédicule inséré à la face interne de l'os iliaque.

Mais déjà en 1867, Virchow, dans son *Traité de Pathologie des tumeurs,* avait admis l'origine périostique de ces fibromes : « A côté des fibromes aponévrotiques, dit-il, se

placent immédiatement ceux du périoste qui ne sont pas fréquents, mais deviennent parfois très volumineux. Ils se développent ordinairement vers les parties molles de sorte que l'os reste tout à fait intact ou subit une dépression aplatie, une atrophie qui n'a du reste aucune tendance à atteindre un haut degré. On peut les distinguer, comme cela a été fait pour les fibromes aponévrotiques ; les formes s'ossifiant n'y sont notamment pas rares. Ils peuvent atteindre un volume très considérable de sorte que leur aspect extérieur ressemble à celui d'une périostose ou d'une hyperostose dont ils se distinguent cependant en ce que la tumeur est quelque peu mobile sur la surface de l'os quand même du reste elle est en telle connexion avec qu'elle peut sembler en être une production immédiate.

Au sujet de quelques fibromes et précisément des formes les plus graves, il est souvent difficile de savoir si on doit les compter plutôt au nombre des fibromes aponévrotiques que de ceux du périoste. Cela s'applique notamment à un certain nombre de ceux qui surviennent à la face antérieure des vertèbres cérébrales et spinales. On ne peut pas même décider parfois, si les os n'ont pas été primitivement affectés, leur destruction étant très avancée. Cruveilhier cite un cas où la tumeur pédiculée partait de la seconde vertèbre dorsale ; j'en ai observé un récemment tout à fait analogue. »

A part les travaux de Virchow, ceux des auteurs étrangers qui se sont occupés des fibromes du tronc, et en particulier les travaux de Cornils (de Kiel), de Buntzen, de Boye, ne se sont nullement inquiétés de la question du

pédicule périostique primitif. Nous nous contenterons donc de les signaler ici.

En 1875, M. Guyon déposait un mémoire à l'Académie de médecine et faisait paraître, en 1877, dans la *Tribune médicale*, l'exposé de ses idées qui va nous expliquer encore pourquoi nous venons de rattacher les fibromes de la paroi abdominale aux fibromes périostiques vertébraux : « En regard de ce groupe défini (fibromes de la paroi abdominale antérieure), dit-il, nous allons maintenant étudier, d'une façon spéciale, des tumeurs de même nature, observées dans une région comparable sous plus d'un rapport. Elles présentent avec les précédentes, une telle analogie de structure, de développement, de rapports et d'indications chirurgicales, qu'elles doivent être rangées dans le même groupement clinique. Nous verrons en outre que leur comparaison n'est pas stérile et que l'étude des unes peut jeter quelque lumière sur des points encore obscurs de l'histoire des autres. Dans une partie du corps qu'on peut désigner sous le nom de cervico-dorsale, nous avons observé quatre cas de tumeurs fibreuses, présentant avec les fibromes extrapelviens une similitude remarquable. » Guyon cite alors quatre observations de tumeurs fibreuses de cette région, avec pédicule vertébral (apophyses épineuses et apophyses transverses des vertèbres cervicales, omoplate, clavicule) il rappelle les cas de Bottini de Turin (1873), de Spence d'Edimbourg (1863), de Huguier (1863), de Richard (1862). Il cite aussi celui de Maisonneuve, dont nous avons parlé (1854), de Blandin (1854), de Dupuytren (1822), de Partridge (1867). Puis enfin, il discute l'origine de ces tumeurs : à l'encontre de Cruveilhier, de Maisonneuve et de

la plupart des auteurs, il nie l'origine périostique de ces tumeurs vertébrales, pour des raisons que nous aurons à discuter au chapitre Pathogénie ; il veut que ces fibromes se développent aux dépens des lames des aponévroses cervico-dorsales et il leur donne le nom de fibromes aponévrotiques intrapariétaux, en leur adjoignant ceux de la paroi antérieure de l'abdomen.

Cet exposé nous démontre donc la complexité de la question que nous aurons à envisager, puisque l'origine périostique vertébrale est rejetée dans tous les cas cités jusqu'en 1877. Cependant, à peu près à la même époque (1877 et 1878), Salesses, dans sa thèse, et M. Nicaise, dans la *Revue de Chirurgie*, revenaient tous les deux à l'existence du pédicule et à l'origine osseuse de ces fibromes. Toutefois, M. Nicaise n'est pas exclusif, et il reconnaît les deux origines, périostiques et aponévrotiques, comme possibles : « Il résulte, dit-il, que l'on est autorisé à réunir dans une même description les fibromes qui naissent en différents points du tronc et qui ont toujours pour origine, soit des plans fibreux, soit les aponévroses d'insertion des muscles, soit les parties fibreuses du périoste. Quel que soit leur siège, elles ont la même structure, la même marche, elles subissent les mêmes dégénérations. Le traitement chirurgical seul variera avec la région, quant au procédé opératoire. En résumé, ces tumeurs ont été rencontrées au niveau de la crête iliaque, des fosses iliaques, dans l'intérieur du bassin (Depaul), dans les parois abdominales, dans la région cervico-dorsale. On pourrait donc, avec M. Guyon, les diviser, au point de vue du siège, en deux groupes principaux.

1° Les tumeurs fibreuses pelviennes et celles des parois abdominales ;

2° Les tumeurs fibreuses de la région cervico-dorsale.

Ces tumeurs prennent toujours naissance dans les tissus fibreux ou aponévrotiques, rarement dans le périoste seul (Cruveilhier, Virchow, Tillaux, Depaul), quelquefois sur les aponévroses d'insertion des muscles, sur la ligne blanche ; le plus souvent, elles ont leur point d'implantation à la fois sur le périoste (bassin, côtes, apophyses épineuses, apophyses transverses, omoplate) et les aponévroses d'insertion et il semble que dans la majorité des cas, le point de départ se trouve au niveau même de l'union de ces aponévroses avec le périoste.

Nous ne rappellerons pas ici les faits de Billroth, Verneuil, Trélat où la question du pédicule et de l'origine n'est pas discutée, et nous arrivons à la thèse de Guerrier en 1883, où cet auteur est éclectique et dit : « Quand on a en vue les fibromes du tronc, on doit ajouter le qualificatif périostique ou aponévrotique suivant les cas et rejeter les autres dénominations. »

En 1888, MM. Labbé et Rémy reprennent toute l'histoire de ces tumeurs fibreuses : ils font remarquer que ces tumeurs se présentent toujours au moment de l'activité sexuelle ; ils nient complètement l'existence du pédicule et ils se refusent à accepter la théorie ostéo-périostique. Leur travail, très complet au point de vue de la description clinique et de l'histologie, donne pour origine à ces tumeurs les aponévroses abdominales au niveau desquelles elles se développeraient sous des influences spéciales et à

peu près identiques, en particulier sous l'influence des traumatismes.

Après ce mémoire, la question du pédicule ostéo-périostique fut à peu près définitivement abandonnée et nous ne trouvons plus aucune discussion à ce sujet. Les tumeurs fibreuses périostiques sont signalées par M. Delbet au niveau du pubis, mais nous n'en trouvons aucune observation nouvelle le long de la colonne vertébrale. Les travaux de Gross, Rœhmer et Vautrin (1893), les thèses qui s'occupent des tumeurs fibreuses en général n'en font aucune mention et les fibromes de la paroi abdominale, qui sont toujours principalement visés, ne sont plus considérés comme ayant avec le périoste voisin des rapports primitifs et originels.

Aujourd'hui les auteurs classiques, tout en insistant sur la prédominance des fibromes aponévrotiques, mentionnent les tumeurs développées aux dépens du périoste vertébral.

Cruveilhier et Virchow, dit-on partout, ont signalé des fibromes de la colonne vertébrale. Dès lors, les observations de ces deux auteurs ne sont plus mises en doute, et nous sommes loin du mémoire de M. Guyon où le fait rapporté par Cruveilhier devenait un fibrome d'origine aponévrotique. En fait, ce sont les deux seules observations que nous ayons pu retrouver, où le périoste vertébral était nettement en cause, et dans ces deux cas, ce fut une trouvaille d'autopsie.

La conclusion de cet exposé historique est que les fibromes périostiques vertébraux existent, qu'ils sont très

rares, et que la plupart de ceux qui s'insèrent au rachis se sont développés primitivement dans les lames aponévrotiques qui s'y insèrent elles-mêmes.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Si nous avons dû, au chapitre consacré à l'historique des tumeurs fibreuses périostiques du tronc et en particulier de la colonne vertébrale, mêler en quelque sorte à notre sujet la question des fibromes aponévrotiques, c'est que, par suite de l'insertion osseuse de ces derniers, certains auteurs ont nié la possibilité pour les tumeurs fibreuses du tronc, de naître aux dépens du périoste. Parmi les observations citées, il faut remarquer de suite que pas une seule ne note des insertions au corps vertébral : toutes celles qu'on invoque ont pour objet des tumeurs qui s'inséraient soit aux apophyses épineuses, soit aux apophyses transverses, comme les aponévroses elles-mêmes. On comprend donc facilement que dans tous ces cas, le pédicule osseux soit secondaire; nous ne discuterons donc pas l'origine aponévrotique, pas plus dans ces tumeurs que dans celles de la paroi abdominale antérieure.

Cependant, dans son mémoire à l'Académie de médecine, M. Guyon, en faisant, à juste titre, le procès du pédicule osseux pour les tumeurs pariétales de l'abdomen ou celles

de la région cervico-dorsale, cite le cas de Cruveilhier, rattaché par cet auteur aux fibromes périostiques et s'exprime de la façon suivante : « L'étude clinique et l'étude anatomique des tumeurs, dont nous traçons l'histoire sont jusqu'à présent concordantes : cette double étude nous autorise à les considérer comme des fibromes, elle nous renseigne sur leurs connexions et nous dispose à admettre qu'elles sont essentiellement d'origine aponévrotique.

Cependant les connexions que ces fibromes ont si habituellement avec le tissu osseux et en particulier avec les apophyses épineuses et transverses des vertèbres leur ont fait attribuer une origine périostique.

M. Maisonneuve n'hésite pas à admettre que la tumeur qu'il a enlevée prend naissance dans le périoste. Elles naîtraient donc des apophyses vertébrales de la même façon que les tumeurs fibreuses péripelviennes naissent de la crête iliaque d'après Nélaton. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique* (t. III, p. 642), cite le fait de M. Maisonneuve. Il le considère comme un exemple de ces tumeurs fibreuses qu'il désigne sous le nom de fibrophytes périostiques et rapproche un cas analogue observé par lui-même, où les tumeurs de nature fibreuse étaient reliées par un pédicule à la deuxième vertèbre dorsale. La question mérite donc d'être discutée et cette discussion nous paraît d'autant plus légitime qu'ici comme toujours on ne saurait se dispenser dans l'étude nosologique du mutuel appui que se prêtent la recherche anatomique et l'investigation clinique.

Lorsque la tumeur est observée à un degré avancé de son évolution, lorsqu'elle est enlevée après avoir pris un

grand accroissement, elle est en connexions évidentes et en apparence intimes avec les apophyses vertébrales. Cela ne saurait être contesté. Mais le récit de toutes les opérations témoigne de la facilité avec laquelle la séparation de la tumeur s'est accomplie sans que le chirurgien ait été dans l'obligation de mettre à nu ou d'attaquer les points osseux auxquels elle se rattache. Ces fibrophytes plantés, pour nous servir de l'expression consacrée par notre illustre anatomopathologiste, ne sont donc pas à coup sûr en connexions directes et immédiates avec le périoste, ils en restent séparables. Leurs attaches aponévrotiques que l'on devrait considérer comme secondaires si on accepte l'hypothèse de l'origine périostique sont au contraire absolues. Le néoplasme et le tissu fibreux confondent leurs tissus, leur fusion est complète.

Si l'on ne se contente plus de cette anatomie pathologique sur le vivant dont l'opération faite à une période toujours avancée a fourni les éléments : si l'on étudie dès l'origine l'évolution des fibromes intrapariétaux de la région cervico-dorsale et de la paroi abdominale antérieure, on est encore moins disposé à se rattacher à la doctrine de l'origine périostique. On peut en effet constater, comme nous l'avons fait dans notre quatrième observation, que la tumeur apparaît toujours à une distance vraiment considérable du point osseux qu'on lui assigne pour origine. Cela n'est pas moins frappant dans les observations de fibromes intrapariétaux de l'abdomen. Ces tumeurs, que l'on dit nées de la crête iliaque, ont toujours été vues, dans les cas où la période de début a été observée, à une certaine distance de l'os des îles, le plus souvent au niveau

du ligament de Fallope, quelquefois même plus haut, dans la gaine des muscles droits.

Les fibromes intrapariétaux que nous étudions ne naissent donc pas du squelette, mais les progrès de leur développement tendent fatalement à les en rapprocher. Originellement liés à l'une des lames de l'aponévrose cervico-dorsale, ils sont constamment attirés vers les os. Ils y sont entraînés par la contraction musculaire, par la tension des membranes fibreuses, par la rétraction de ces tissus et par l'envahissement progressif de leur propre insertion. De là ces attaches constantes dans des points constants : aux apophyses épineuses ou transverses, à l'omoplate et surtout à son épine, à la clavicule, quelquefois à la face interne de l'angle de la mâchoire ; à la loge parotidienne, à l'enveloppe du digastrique ou enfin à l'apophyse mastoïde ou à la crête occipitale externe. Ces insertions sont bien celles du système aponévrotique de la région.

Nous pouvons maintenant comprendre pourquoi les tumeurs que nous étudions échappent à cette règle générale qui conduit ces tumeurs profondes à prendre leur développement principal du côté où elles rencontrent le moins de résistance. En remontant vers leurs insertions, les fibromes aponévrotiques prennent leur principal accroissement entre des lames aponévrotiques et musculeuses, tendues et résistantes qu'elles ne sauraient soulever et distendre si elles n'étaient constamment sollicitées et attirées vers le point fixe où s'attache leur aponévrose d'origine. C'est encore sous cette influence, qui les attire et les maintient en arrière que nous voyons ainsi protégées les régions vasculaires et nerveuses du cou et que nous pou-

vous expliquer l'absence de compression des gros vaisseaux et des grands plexus nerveux.

Tout concorde, donc dans cette étude, pour démontrer que ces tumeurs sont bien des fibromes aponévrotiques. Ce sont les produits d'une hyperplasie conjonctive réelle qui s'effectue aux dépens des aponévroses et se caractérise par une texture serrée à fibres enchevêtrées dont l'aspect a été plus d'une fois comparé dans les observations micrographiques à celui du tissu aponévrotique. Elles peuvent, il est vrai, être plus ou moins modifiées dans leur aspect et leur structure selon les phases de leur développement. Mais les éléments adventices qui s'y ajoutent ne sauraient faire changer leur démonstration : *à posteriori fit determinatio.*

L'argumentation de M. Guyon, très serrée et très juste, est reprise en 1888 par MM. Labbé et Rémy qui concluent : « Donc le pédicule long et grêle n'existe pas, et il faut rejeter l'origine osseuse des tumeurs. »

Tout cela est vrai s'il s'agit des fibromes de la paroi abdominale et de certains fibromes de la paroi postérieure du tronc, à condition que les insertions osseuses de ces dernières se fassent aux mêmes points que les insertions aponévrotiques, à condition aussi que les adhérences aponévrotiques existent.

Or nous l'avons dit, deux cas sont ici seulement en présence : celui de Cruveilhier (1856), celui de Virchow (1867). M. Guyon ne parle pas du second et attribue au premier une origine aponévrotique.

Si nous relisons avec soin l'observation de Cruveilhier, que voyons-nous ? « J'ai rencontré, dit cet auteur, sur la

partie latérale gauche de la deuxième vertèbre dorsale, une tumeur très dure qui naissait par un pédicule étroit du corps de cette vertèbre. » Ici, pas d'insertion aux apophyses épineuses ou tranverses, pas d'attache aponévrotique : c'est donc bien une tumeur périostique et seulement périostique.

De même, dans Virchow : « Je trouvai sur le corps des troisième et quatrième vertèbres dorsales, vers le côté gauche, une tumeur dure, arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule qui avait produit une légère atrophie de l'os. » Enfin, dans notre observation, où il existe une tumeur développée aussi sur la partie latérale gauche, mais de la deuxième lombaire, c'est le corps de la vertèbre qui est en jeu, il ne s'agit pas des apophyses transverses ou épineuses, il n'existe pas non plus d'adhérences aponévrotiques.

Donc, il peut exister des fibromes développés aux dépens du périoste vertébral : deux conditions sont nécessaires pour en affirmer l'origine :

1° Naissance aux dépens du corps vertébral.

2° Absence d'adhérences aponévrotiques.

Ces deux symptômes sont évidemment des symptômes de début ; plus tard, ils peuvent ne plus exister.

Les observations citées par M. Guyon ne remplissent aucune de ces deux conditions, c'est pourquoi leur origine est nettement aponévrotique ; de même, toutes les observations de fibromes de la paroi abdominale antérieure. Nous rapportons ici les premières pour bien montrer les différences qui existent avec les cas dont nous voulons

parler, différences que l'on retrouve dans les observations de Bottini, Spence, Huguier, Blandin, Dupuytren, Partridge, mais qui n'existaient pas dans le cas rapporté par Cruveilhier.

OBSERVATIONS

Observation I

Guyon (recueillie dans le service de Velpeau. 1857), résumée.

Jeune femme qui présentait une tumeur du volume des deux poings, siégeant dans la moitié supérieure du trapèze qu'elle soulevait. Cette tumeur descendait jusqu'à l'épine de l'omoplate, s'étendait, en dedans, jusqu'au voisinage des apophyses vertébrales, et remontait en haut jusqu'au tiers moyen de la colonne cervicale. Dure, bosselée, sans adhérences avec la peau, non douloureuse, elle avait tous les caractères des tumeurs fibreuses. Velpeau la considéra comme telle et en pratiqua l'ablation, qui fut facilement exécutée, bien que la tumeur fût reliée par de larges pédicules à l'épine de l'omoplate, à la clavicule et aux apophyses vertébrales. La malade guérit, malgré l'apparition du tétanos, qui fut traité avec la plus grande persévérance par la constante application d'une haute et régulière température.

Observation II (Guyon)

La nommée B..., Mélanie, âgée de 36 ans, est entrée le 26 décembre 1867, à l'hôpital Necker, dans notre service. La

malade nie tout antécédent de scrofule. Habituellement bien portante, elle s'aperçut, il y a deux ans, qu'elle avait une petite grosseur au cou. Ellle siégeait dans la partie latérale gauche, à peu près à égale distance de l'épaule et de l'oreille ; nullement douloureuse, elle roulait sous la peau. Sept mois environ après, applications successives de caustiques qui dénudèrent le derme, vésicatoires, etc.

Au mois de juin dernier, la tumeur avait acquis le volume d'une grosse pomme. On pratique une nouvelle cautérisation, probablement avec de la potasse caustique. Elle laisse une cicatrice large comme la paume de la main.

L'accroissement prit alors une marche beaucoup plus rapide si bien que dès le mois de décembre, elle avait le même volume qu'aujourd'hui. Pendant cette période, la malade n'éprouva pas plus de douleurs que par le passé ; mais elle fut sujette à dès syncopes assez fréquentes.

Etat actuel. — Santé générale satisfaisante. Tumeur mesure 20 centimètres dans son diamètre transversal, 29 centimètres dans son diamètre vertical.

Elle est irrégulièrement sphéroïdale et recouvre toute la moitié postérieure du cou. Verticalement, elle s'étend de la racine des cheveux à l'épaule. La peau est saine sauf dans les points cautérisés et, à part ces points, elle est partout mobile sur la tumeur. Celle-ci n'offre ni battements ni mouvements d'expansion ; aucun bruit à l'auscultation. Elle est dure, élastique.

En arrière, on trouve quelques parties plus molles, mais en la déprimant, on retrouve la consistance dure de la masse. A la surface de la tumeur rampent des veines volumineuses et entre autres, la jugulaire externe. On rencontre dans un point une artériole assez volumineuse. La tumeur s'avance en bas jusqu'au bord postérieur du sterno-mastoïdien, dont on la sépare facilement.

Les vaisseaux carotidiens sont en avant, à deux travers de

doigts. Quant aux vaisseaux sous-claviers ils ne sont pas en cause, la tumeur étant facilement mobile de ce côté.

Elle offre quelques connexions profondes : elle est rattachée à l'extrémité externe de la clavicule par un pédicule du volume du pouce, de consistance fibreuse ; elle paraît adhérer d'une manière plus intime aux apophyses épineuses des 5e, 6e, 7e cervicales. Lorsqu'on cherche à faire contracter les muscles de la région, en s'opposant aux mouvements de la malade, on constate que la tumeur est tout au moins recouverte par le peaucier. Les autres muscles, sauf le trapèze, ne paraissent pas le recouvrir.

Ablation de la tumeur le 15 janvier 1868. Enucléation facile sauf en bas et en haut. Dans le premier point, on sectionne un pédicule formé par un faisceau du trapèze qui traverse la tumeur et la rattache à la clavicule. On la renverse alors en haut et on coupe le pédicule supérieur avec l'écraseur linéaire. Celui-ci est également formé par des fibres musculaires ou aponévrotiques qui prennent insertion sur les apophyses épineux et transverses des vertèbres.

On réunit la plaie par dix points de suture métallique, en laissant de larges ouvertures d'échappement pour le liquide, aux angles supérieur et postérieur. La plaie avait été lavée avec de l'alcool pur avant le rapprochement des bords. Elle est alors recouverte d'un pansement simple.

Examen de la tumeur. — Poids, 708 grammes. Assez régulièrement arrondie et entourée par une fine couche de tissu cellulaire et quelques fibres du peaucier.

A l'examen microscopique, on la trouve composée de faisceaux serrés et entrecroisés dans tous les sens. Ces faisceaux sont formés par des cellules allongées, fusiformes, contenant un ou deux noyaux ovalaires ; les cellules sont très délicates, finement granuleuses.

Chaque noyau contient un ou deux nucléoles brillants. Outre ces éléments fondamentaux, on rencontre encore, par place, quelques faisceaux de tissu fibreux, à fibres très fines et ondu-

lées, un réseau fin à cellules plasmatiques, enfin des vaisseaux assez nombreux et pourvus, quelques-uns au moins, d'une tunique musculaire. Diagnostic anatomique : sarcome fibroplastique fasciculé avec tendance à l'organisation dans le sens du tissu fibreux.

Mort de la malade dix jours après, par suite du développemsnt d'une plaque erysipélateuse.

Observation III (Guyon.)

Le 15 octobre 1871, entre dans notre service la nommée Honorine P.., 36 ans. Cette malade n'a aucun antécédent diathésique, héréditaire ou acquis.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle a eu deux grossesses normales, et n'a jamais été malade. Au commencement de janvier 1871, elle s'aperçoit de l'existence d'une grosseur, siégeant à la partie postérieure de l'épaule droite. La tumeur mobile et indolente, aurait eu à cette époque le volume d'un œuf de poule. M. le professeur Verneuil, qui la vit alors malade, défendit toute espèce de topiques et conseilla l'opération ; la malade ne put s'y résoudre.

Vers le mois de mai, la tumeur avait augmenté et était le siège de douleurs spontanées ayant le caractère rhumatoïde. Chaque époque cataméniale était marquée par une exagération des phénomènes douloureux et par une sorte d'accroissement de la tumeur. Les règles étaient parfaitement régulières et la quantité de sang répandu à chaque époque ne paraissait pas diminuée.

Atteignant à peu près le volume du poing vers la fin de mai, la tumeur grossit progressivement. En même temps, la douleur s'accrut à un tel point, qu'à son entrée dans nos salles, la malade ne prenait plus aucun repos depuis plusieurs semaines. C'était une sensation de tiraillements, s'irradiant de tous les

côtés et jusque dans la région thoracique antérieure droite. Cependant l'état général restait bon.

Au moment de son entrée dans notre service, nous la trouvons dans l'état suivant :

La tumeur occupe la plus grande partie de la face postérieure de l'épaule droite. Elle a la forme d'un ovoïde, dont l'axe vertical mesure 20 centimètres et l'axe transversal 18 centimètres. En haut la tumeur atteint l'épine de l'omoplate et en bas elle arrive jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'angle inférieur de cet os. En dedans, elle n'est distante des apophyses épineuses que de 2 à 3 centimètres, en dehors, elle recouvre les trois-quart internes de l'omoplate. Le bord axillaire seul apparaît libre.

La tumeur est devenue de moins en moins mobile. Cependant aujourd'hui même elle n'est pas complètement fixe. On peut aisément la faire glisser sur les parties profondes, dans le sens vertical aussi bien que dans le sens transversal. Elle ne paraît pas pédiculée. Les téguments qui la recouvrent n'ont contracté avec elle aucune adhérence. Ils ont la coloration et la consistance ordinaires. En imprimant des mouvements même légers de haut en bas à la tumeur, on constate qu'elle est bridée et maintenue en place par les faisceaux musculaires du trapèze qui la recouvrent. L'omoplate se meut librement au-dessous d'elle sans l'entraîner. Rien dans les ganglions de l'aisselle.

Ablation de la tumeur.— Deux incisions, section du trapèze : on arrive sur une loge cellulaire qui contient la tumeur, on divise la coque et la tumeur apparaît sous la forme d'une masse dure, blanche, opaque. Elle s'énuclée facilement, paraît libre de toute adherence, excepté au niveau du point qui correspond à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du bord spinal de l'omoplate, ou un pédicule long, grêle, fibroïde la retient à l'os. Ce pédicule contourne le bord spinal et vient à quelques millimètres de ce bord, sur la face antérieure du corps de l'os.

On sectionne ce pédicule avec l'écraseur et la tumeur se détache sans difficulté. La coque qui forme loge à la tumeur est à son tour enlevée. Le tronçon de pédicule laissé intact est lié en masse. Après l'ablation on peut voir la face postérieure des côtes et les espaces intercostaux. Un diverticule de cette cavité s'étend jusqu'au dessous de l'omoplate.

Guérison après trois mois.

Examen de la tumeur (Malassez). — La texture et la structure de la tumeur sont les mêmes dans toute la masse. Des faisceaux de fibrilles conjonctives, au milieu desquelles on trouve des cellules plasmatiques, forment toute la tumeur. Les vaisseaux sont rares et de petit volume. L'artère nourricière que l'on trouve dans le pédicule a à peu près la dimension d'une épingle à cheveux.

A l'œil nu, la tumeur présente l'aspect du tissu fibreux. Ce même aspect se retrouve sous une coupe transversale. La surface externe offre une excavation en forme de tube dans laquelle plongent et se perdent divers tissus qui constituent le pédicule de la tumeur. En disséquant ce pédicule, on peut très facilement y reconnaître des fibres musculaires et aponévrotiques et des vaisseaux. Il n'est pas douteux que les fibres aponévrotiques étalés en membranes, que l'on a sous les yeux, ne se perdent dans l'épaisseur de la tumeur. On ne peut plus les distinguer ni les suivre dès qu'on a pénétré dans le tissu pathologique. Elles en font immédiatement partie et y adhèrent très solidement.

La malade a été revue guérie et jouissant d'une santé parfaite.

Observation IV

(Guyon et Richet.)

La nommée X... est à l'hôpital des Cliniques, service de M. Richet, en mars 1869. Femme de 36 ans, bien portante. Il

y a 18 mois environ, elle s'est aperçue qu'elle avait à la nuque une grosseur du volume d'une noix environ. Cette grosseur, au dire de la malade, était dure et assez mobile : elle augmente toujours graduellement depuis cette époque, mais c'est surtout depuis six mois qu'elle a pris un accroissement considérable, époque à laquelle la malade commence à faire des frictions sur la tumeur. Dans les derniers temps, des accès de suffocation se produisirent, et ceux-ci eurent plutôt pour cause des mouvements d'élévation du thorax plutôt que la compression du pneumogastrique.

Etat actuel. — Tumeur située à la partie latérale droite du dos et du cou : forme d'un ovoïde à grand axe vertical. La grosse extrémité de l'ovoïde repose sur l'épine de l'omoplate, à laquelle elle n'adhère pas cependant. La petite extrémité avance en haut jusqu'à la ligne courbe occipitale inférieure. En dedans la tumeur est limitée par la série des apophyses épineuses ; en avant elle s'avance jusqu'au chef interne du sterno-mastoïdien dans le creux sus-claviculaire, mais sans en prendre possession ; car elle est mobile, et on peut la repousser vers la partie interne au niveau de laquelle elle paraît avoir contracté des adhérences.

Si on prend cette tumeur, on constate qu'elle n'est pas immédiatement située sous les téguments, mais qu'elle en est séparée par une couche assez épaisse du trapèze et probablement des muscles plus profonds du dos.

Elle est comme bordée par cette sangle contractile, ce qui l'empêche d'exécuter des mouvements un peu étendus. En même temps, on constate que la consistance est d'une dureté élastique uniforme, bien différente de la dureté ligneuse, mais plus éloignée encore de la mollesse propre au lipome, au kyste ou à l'encéphaloïde ramolli.

A la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen se trouve une rainure qui donne à la tumeur l'aspect d'une gourde. Grand axe vertical 21 centimètres, base 18 centimètres, sommet 15 centimètres.

Opération le 5 avril. Enucléation facile de la tumeur avec les doigts, du moins au pôle inférieur (épine de l'omoplate). En haut, quelques difficultés dues à l'adhérence de la face postérieure avec les apophyses épineuses et transverses de plusieurs vertèbres cervicales et dorsales.

Tumeur de 1 kgr. 360. Sur un corps, aspect blanchâtre, résistance fibreuse. Au microscope (Legros) : tumeur fibroplastique en cours, d'envahissement ou sarcome fibreux, ce qui est la même chose.

Guérison, malgré érysipèle consécutif.

Telles sont les observations rapportées par M. Guyon ; il en cite encore quelques autres analogues que nous n'avons pas voulu rappeler ici. Nous en rapprochons seulement le cas opéré par Maisonneuve, dans lequel il fut diagnostiqué tumeur d'origine périostique, mais ou la pathogénie est évidemment la même que dans les cas que nous venons de citer.

Observation V

(Maisonneuve)

Tumeur fibreuse occupant toute la moitié latérale gauche du cou et fixée directement sur les vertèbres. Extirpations par la méthode de morcellement. Guérison.

Cougnet (Flore-Olympe), âgée de 35, ans s'aperçut, au mois de janvier 1852, d'une tumeur vers le milieu de la région latérale gauche du cou. Malgré les moyens fondants les plus variés, cette tumeur acquit bientôt un développement qui amena des troubles inquiétants du côté de la respiration. Justement effrayée du progrès du mal, elle vint le 3 mai 1854 consulter,

à Paris, les chirurgiens les plus en renom ; tous jugèrent que son affection était au-dessus des ressources de l'art. Après six semaines de séjour à l'hôpital des cliniques de la Faculté, où elle fit de vaines instances pour être débarrassée de sa tumeur, cette pauvre femme était presque résignée à retourner mourir dans son pays, quand on lui conseilla de venir à l'hôpital Cochin. C'était le 18 juin 1854.

Cette tumeur, fixée directement sur les apophyses transverses des troisième et quatrième vertèbres cervicales, occupait toute la moitié latérale gauche du cou. Etendue verticalement depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au dessous de la clavicule et transversalement depuis les apophyses épineuses jusqu'au milieu de la face antérieure du rachis, elle refoulait en avant et à droite le larynx, la trachée et l'œsophage, en dehors l'artère carotide, la veine jugulaire interne et le nerf pneumogastrique ainsi que tous les muscles superficiels et les branches du plexus nerveux cervical. La face profonde recouvrait immédiatement le plexus brachial, l'artère sous-clavière, les muscles scalènes, auxquels elle adhérait d'une manière intime.

Son bord inférieur était enchâssé entre la clavicule et la première côte ; son bord supérieur remontait sur les muscles trapèze et sterno-mastoïdien jusqu'à leurs insertions. Son bord antérieur, caché d'abord sous la branche verticale de l'angle la mâchoire, se prolongeait au-devant de la colonne vertébrale jusqu'au-delà de la ligne médiane, s'interposant ainsi entre les corps des vertèbres et les organes qui y sont adossés. Enfin son bord postérieur qui s'était insinué au-dessous des muscles angulaires de l'omoplate, splénius et trapèze, débordait en arrière les apophyses épineuses des six dernières vertèbres cervicales.

Développée seulement depuis trois ans, cette tumeur menaçait déjà la malade d'une mort imminente et l'extrême difficulté de la respiration présageait une suffocation prochaine.

Dans ces graves circonstances, l'ablation de la tumeur était évidemment la seule ressource ; mais quelqu'urgente qu'elle fût, cette opération paraissait entourée de dangers si redou-

tables que les chirurgiens les plus éminents avaient reculé devant son exécution. Je m'y décidai néanmoins et je la pratiquai le 20 juin 1854, en présence d'un nombreux concours de chirurgiens et d'élèves. Pendant toute la durée de cette grave opération qui se prolongea pendant plus de trois quarts d'heure, la malade ne cessa pas un instant d'être soumise au chloroforme : elle n'avait perdu qu'une petite quantité de sang, grâce aux précautions extrêmes prises pour éviter les lésions des gros vaisseaux et grâce surtout à la méthode du morcellement qui me permit d'extraire la tumeur en détail à travers le réseau des nerfs, des vaisseaux et des muscles.

Après l'extirpation complète, c'était vraiment quelque chose d'effrayant à voir que cette énorme excavation au fond de laquelle existait, à nu, toute la partie latérale droite des six dernières vertèbres cervicales, la première côte, les nerfs du plexus brachial et cervical, l'artère sous-clavière, la vertébrale, la carotide, la jugulaire interne, le pneumo-gastrique, le larynx, la trachée, le pharynx et l'œsophage.

Malgré cet énorme délabrement, les tissus rapprochés par un pansement méthodique, s'agglutinèrent avec une rapidité merveilleuse et aujourd'hui, moins de six semaines après l'opération, chacun a pu se convaincre, en examinant la malade, que j'ai présentée à l'Académie, que la guérison était parfaite ; tous les organes ont repris leur position normale, le bras a conservé toute l'intégrité de ses mouvements et de sa sensibilité, la voix est pure, la déglutition facile, et de cette grave opération la malade ne conserve plus d'autres traces qu'une cicatrice régulière et sans difformité.

Dimensions de la tumeur : longueur, 14 centimètres ; largeur, 12 centimètres ; épaisseur, 8 centimètres ; poids, 475 grammes.

C'est donc à tort que ce dernier cas a été longtemps considéré comme une tumeur d'origine périostique. Il rentre

dans la catégorie de ceux étudiés par M. Guyon qui sont, nous l'avons vu, différents des cas où le fibrome s'incère sur la partie antérieure des corps vertébraux. A ces derniers seuls convient le nom de périostiques, et encore peut-on se demander si le ligament vertébral antérieur qui se confond avec la couche fibreuse du périoste, n'est pour rien dans leur origine. C'est une question que nous verrons au chapitre suivant : il nous suffit pour l'instant d'avoir démontré et de savoir que les aponévroses ne sont pas les seuls organes qui, au niveau du tronc, doivent être considérés comme donnant naissance à des tumeurs de nature fibreuse.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Des données pathogéniques qui précèdent, il résulte que, dans la plupart des cas, une tumeur à pédicule implanté sur une des apophyses vertébrales n'est pas une tumeur fibreuse d'origine périostique. Le corps vertébral seul paraît devoir donner naissance à ces dernières. Mais au devant du corps vertébral et du périoste qui le recouvre se trouve le grand ligament vertébral antérieur, qui est intimement uni aux tissus sous-jacents, et qui, composé lui aussi de tissu conjonctif pourrait bien être lieu d'origine de fibromes dénommés également prévertébraux. Virchow ne dit-il pas que sa tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, et qui avait produit une légère atrophie de l'os, n'était pas en connexion avec le cartilage intervertébral et était recouverte par le ligament long antérieur avec lequel elle se confondait. Etudions donc quelles sont, à l'état normal, l'anatomie, la constitution, la structure du ligament antérieur et du périoste vertébral.

Le ligament vertébral commun antérieur forme une longue bande rubanée qui s'étend de l'apophyse basilaire de

l'occipital jusqu'au sacrum, sur la partie moyenne de la face antérieure des corps vertébraux. Il se comporte différemment dans chacune des régions de la colonne.

« Au cou, il affecte la forme d'un triangle dont le sommet répond, à première vue, au tubercule antérieur de l'atlas. Mais en réalité, le ligament se prolonge jusqu'à l'apophyse basilaire, où il s'insère immédiatement en avant du ligament occipito-alloïdien antérieur. Dans cette partie supérieure, le ligament prend la forme d'un cordon mince, séparant les muscles longs du cou et confondu en arrière avec l'appareil ligamenteux qui ferme l'espace compris entre l'arc antérieur de l'atlas et le crâne. Quelques fibres émanées du tubercule antérieur à l'atlas en avant du ligament alloïdo-axoïdien renforcent cette portion cervicale du ligament, qui s'élargit ensuite en descendant jusqu'à la septième cervicale.

Dans la région dorsale, le ligament vertébral commun antérieur se présente sous un aspect différent : jusqu'à la deuxième ou la troisième dorsale, la bande cervicale, toujours logée entre les bords internes des muscles longs du cou, garde sa largeur primitive ; mais à partir de ce niveau, la bande médiane est flanquée de chaque côté par une bandelette fibreuse revêtant les parties latérales des corps vertébraux. Le ligament, notablement élargi, peut être alors divisé en une partie médiane, épaisse, continue en haut avec la portion cervicale et des parties latérales plus minces, percées de fissures ou d'orifices par lesquels passent des veines issues des corps vertébraux. Quelquefois les parties latérales sont nettement séparées de la bande médiane par une fente verticale au fond de laquelle

apparaît le corps vertébral et par laquelle émergent des vaisseaux.

Les faisceaux externes des bandelettes latérales s'entre-croisent avec les ligaments rayonnés costo-vertébraux.

Dans la région lombaire, la partie médiane acquiert une largeur de 3 à 4 centimètres, moins épaisse qu'au dos et percée de fissures qui laissent passer de grosses veines, elle est renforcée au niveau de la deuxième et de la troisième lombaire par les fibres du diaphragme.

Elle répond à droite, à la veine cave, à gauche et sur la ligne médiane, à l'aorte abdominale. Par contre les bandelettes latérales disparaissent ou plutôt sont remplacées par les arcades fibreuses du psoas. Ces arcades, de formes variables suivant les sujets, s'étendent d'un ménisque au ménisque sous-jacent, passent comme un pont fibreux sur les gouttières qui couvrent la partie latérale des corps vertébraux et les convertissent en un canal ostéo-fibreux, dans lequel passent les artères et les veines lombaires ; elles donnent insertion, par leur face externe, aux fibres charnues du psoas.

Le ligament vertébral antérieur franchit la symphyse sacro-iliaque et vient se terminer en éventail sur le tiers antérieur de la face pelvienne du sacrum, généralement il prend fin sur la deuxième vertèbre sacrée, mais il n'est pas très rare de le voir se prolonger en s'effilant jusqu'au coccyx.

Les faisceaux fibreux qui constituent le ligament vertébral antérieur présentent une direction longitudinale et parallèle. Les faisceaux superficiels longs s'étendent sur le corps de plusieurs vertèbres (4 ou 5), et les profonds plus

courts vont d'une vertèbre à la suivante, *ils se confondent avec le périoste.*

L'examen de cette longue bande ligamenteuse varie dans les diverses régions de la colonne ; assez mince au cou et aux lombes, où le rachis est plus mobile, elle atteint son maximum à la région dorsale, particulièrement sur la ligne médiane.

Le ligament nivelle la face antérieure de la colonne vertébrale sillonnée transversalement sur le squelette par les gouttières des corps vertébraux alternant avec les saillies des méninges. Si l'on décolle le ligament par tractions, ce qui est possible, *on arrache en même temps le périoste des corps vertébraux, intimement confondu avec le ligament,* on constate que l'adhérence, très forte au niveau des vertèbres est faible sur les disques, contrairement à ce qu'en a dit Cruveilhier ; on obtient ainsi une longue bandelette mince et transparente au niveau des disques, plus épaisse et opaque au niveau des corps vertébraux. » Poirier.

Au point de vue histologique, le ligament vertébral antérieur présente la structure ordinaire des ligaments. Sur une coupe, transversale on reconnaît que le corps du ligament est traversé par des cloisons conjonctives qui le divisent en faisceaux plus ou moins volumineux. Les plus gros constituent des faisceaux secondaires et tertiaires, les plus petits représentent les faisceaux primitifs ou élémentaires. Ces derniers faciles à étudier, sont formés de fibres et de cellules conjonctives.

Fibres conjonctives. — Ces fibres représentent des faisceaux du tissu conjonctif lâche; elles diffèrent cependant

de ces derniers par plusieurs détails que nous allons mettre en évidence.

Leur direction est rectiligne et toutes les fibres, dirigées suivant l'axe du ligament, sont parallèles entre elles.

Leur volume est plus considérable, elles sont deux et même trois fois plus grosses que les fibres du tissu conjonctif lâche.

Leur structure mérite de nous arrêter un instant. Sur une coupe transversale examinée dans l'eau et à l'aide d'un objectif à grand angle d'ouverture, on voit la coupe optique des innombrables fibrilles qui entrent dans la composition de la fibre tendineuse.

Ces fibrilles se groupent en petits faisceaux comparables aux cylindres primitifs que Leydig a décrit dans les faisceaux musculaires, chacun de ces faisceaux étant uni au voisin par une substance cimentante. Enfin, il existe autour de la fibre ligamenteuse, une gaîne qui envoie dans son épaisseur des prolongements membraniformes, anastomosés entre eux, et formant au sein de la fibre un cloisonnement rétiforme. Cette gaine et ses prolongements présente les mêmes réactions micro-chimiques que les fibres annulaires des faisceaux du tissu conjonctif lâche.

Cellules ligamenteuses. — Le corps cellulaire dans ces cellules conjonctives est rectangulaire à grand axe perpendiculaire aux faisceaux ligamenteux, les petits côtés du rectangle étant soudés aux côtés correspondants des cellules voisines. Il présente à considérer deux portions ; une portion centrale et une portion latérale. La portion centrale contient un noyau ovalaire assez volumineux. Elle

est formée par une masse de protoplasme incurvée à la façon d'une tuile faîtière dans laquelle on distingue deux sortes de striation : une striation fine produite par des granulations protoplasmiques orientées en séries longitudinales parallèles aux fibres ligamenteuses, et une striation plus grosse siégeant sur la partie convexe de la cellule et représentée par des lignes, parallèles aux faisceaux ligamenteux, vivement colorées par le carmin. Les parties centrales représentent des prolongements extrêmement délicats qui s'étendent à une distance plus ou moins grande de la partie centrale. Ces prolongements s'insinuent entre les fibres ligamenteuses dans l'intervalle desquelles ils se perdent tantôt en se terminant brusquement, tantôt, c'est le cas le plus fréquent, en s'anastomosant avec les prolongements similaires unis des cellules voisines.

Les cloisons qui séparent tous ces faisceaux primitifs ou secondaires ne sont pas formées par du tissu conjonctif lâche, mais par un tissu se rapprochant beaucoup de celui des tendons. Les plus fines sont formées par une même couche de fibres conjonctives affectant une direction transversale entre lesquelles sont disposées des cellules fixes, rangées comme dans les faisceaux tendineux. On y trouve également un réseau de fibres élastiques extrêmement grêles.

Les plus grosses présentent la structure des faisceaux tendineux secondaires, ce sont de véritables liens fibreux,

Vaisseaux. — Le tissu ligamenteux renferme très peu de vaisseaux. C'est dans les cloisons interfasciculaires et dans l'enveloppe conjonctive des ligaments qu'on trouve le réseau capillaire, et encore ce réseau est relativement

pauvre et n'arrive pas toujours jusqu'au centre du ligament. Il y a une grande incertitude en ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques.

Nerfs. — Les ligaments renferment des nerfs qui accompagnent les vaisseux sanguins et des nerfs propres.

Les nerfs propres sont formés de tubes nerveux à myéline qui pénètrent dans le ligament se divisent un grand nombre de fois et se terminent de trois manières différentes : 1° par des arborisations libres ; 2° par des corpuscules de Golgi ; par des corpuscules de Paccini.

Nous avons vu que le grand ligament antérieur était intimement uni à la couche externe du périoste vertébral au point qu'on ne pouvait entraîner le premier sans déchirer le second. Comment donc est constitué le périoste à ce niveau ? Ce dernier est une membrane fibro-élastique composée comme partout de deux couches, l'une superficielle, l'autre profonde. La première seule qui nous intéresse est formée de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques, c'est la gaine tendiniforme de Renaut. Les faisceaux conjonctifs sont plus abondants à la périphérie, ils forment des faisceaux aplatis, longitudinaux, de couleur blanc nacré. Le tissu élastique plus abondant dans la profondeur est réticulé : on y trouve quelques cellules en croissant et des cellules adipeuses : ces éléments fibreux constituent le type du tissu conjonctif adulte. C'est sous cette couche que se trouvent les vaisseaux et les nerfs.

La couche interne n'est pas séparée de la précédente par une ligne de démarcation nette. Il existe une série de transitions graduées à laquelle succède une lame formée de faisceaux conjonctifs plus fins et plus déliés, et de fibres

élastiques plus minces, plus nombreuses que précédemment, dessinant des réseaux plus serrés. Les faisceaux conjonctifs ne sont plus si nettemont parallèles ; il y en a d'obliques, et c'est de ces derniers que se détachent les fibres arciformes qui deviennent dans l'os, les fibres de Sharpey. Il existe en outre, entre ces éléments, des cellules conjonctives qui forment à la limite de l'os et du périchondre, une couche plus ou moins complète appartenant en partie au périoste, en partie à l'os. En effet, cette couche cellulaire émet des prolongements ramifiés qui pénètrent dans l'os et y sont inclus dans des canalicules primitifs semblables à ceux des ostéoplastes.

L'adhérence intime du ligament vertébral antérieur et de la couche superficielle du périoste constitue donc un point important dans l'étude des tumeurs fibreuses de cette région. Mais comme les éléments constitutifs de ces deux organes sont de même nature, il importe peu, au point de vue anatomo-pathologique comme au point de vue clinique, de savoir dans quelle couche le fibrome se sera de préférence développé. Peut-être les coupes pratiquées au niveau du pédicule pourraient-elles nous apprendre quels sont les éléments les plus atteints, quelles sont les participations respectives du périoste externe ou du ligament, mais, en réalité, cela importe peu. Il y a du tissu conjonctif prévertébral : qu'on l'appelle périoste externe ou grand ligament vertébral, il ne forme qu'une couche qui peut dégénérer et donner naissance à des fibromes qu'on dénommera prévertébraux, voilà le fait acquis.

Siège. — La colonne cervicale ne paraît pas jusqu'ici nous fournir d'exemple de fibromes prévertébraux : nous

en exceptons évidemment les polypes noso-pharyngiens, nous en exceptons aussi les tumeurs du genre de celle enlevée par Maisonneuve où des insertions pédiculaires aux apophyses épineuses et transverses sont en faveur de l'origine aponévrotique. La colonne dorsale nous fournit les deux tumeurs observées par Virchow et par Cruveilhier, la première siégeant sur les corps des troisième et quatrième vertèbres dorsales, vers le côté gauche, la seconde sur la partie latérale gauche du corps de la deuxième vertèbre dorsale. Enfin c'est également du côté gauche que dans le cas rapporté plus loin par nous, siégeait la tumeur, mais dans ce cas, c'était sur le corps de la deuxième vertèbre lombaire. Pourquoi cette prédilection pour le côté gauche? C'est ce que nous ne pouvons établir, nous nous contentons de la mentionner

Au point de vue de l'anatomie topographique, ces différences de siège créent des rapports très différents et importants à fixer. L'organe important de la région, auquel la tumeur peut adhérer, est évidemment l'aorte thoracique ou abdominale et comme toutes nos tumeurs siègent à gauche, les rapports avec le vaisseau deviennent encore plus intéressants. Or l'aorte thoracique commence au niveau du flanc gauche de la quatrième vertèbre dorsale et finit sur la face antérieure de la dixième. Dans la partie supérieure, encore très arquée, l'aorte thoracique répond au flanc gauche de la colonne dorsale ; peu à peu, elle se rapproche de la ligne médiane, qu'elle atteint presque au niveau de sa partie inférieure. Par conséquent, c'est juste au niveau du point où l'aorte finit de décrire sa crosse que se trouvait la tumeur fibreuse rencontrée par Virchow

et à ce niveau l'aorte est unie au ligament vertébral antérieur « par du tissu cellulaire épais de quelques millimètres, dans lequel cheminent avec des veinules, la terminaison de la petite azygos et du tronc des veines intercostales supérieures gauches ». (Poirier). Au niveau de la deuxième dorsale, c'est l'œsophage qui est en rapport avec la colonne dorsale et un peu plus à gauche, l'artère carotide primitive gauche. Ces rapports sont sans doute, au point de vue pratique, moins importants que ceux de la région lombaire, car au niveau de la région thoracique les difficultés opératoires seraient considérables au cas ou un chirugien, après avoir fait le diagnostic d'une tumeur prévertébrale, aurait la tentattion de l'enlever !

Dans la région abdominale au contraire, une tumeur fibreuse de la colonne lombaire est plus facilement sentie et son extirpation peut être résolue. « A ce niveau l'aorte abdominale, appliquée sur le plan vertébral et située derrière la masse intestinale se dirige verticalement en bas ; cependant l'orifice diaphragmatique étant un peu à gauche de la ligne médiane, on peut dire que l'aorte abdominale continue la direction de l'aorte thoracique et ne devient exactement médiane qu'au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, elle se dirige donc légèrement droite. Elle repose sur les deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires, revêtues du grand ligament vertébral commun antérieur. De chaque côté sous les arcades du psoas qui donnera passage aux artères et veines lombaires et aux rami communicantes. Comme les intercostales thoraciques, les intercostales lombaires naissent très près de la ligne médiane elles ont donc un trajet ré-

troartique de plusieurs millimètres. Le tronc du grand sympathique suit la face antérieure de la colonne de chaque côté de l'aorte » (Poirier).

Le rapport d'une tumeur fibreuse prévertébrale avec l'aorte est donc immédiat et fatal : il existait à tel point dans notre cas que le pédicule de la tumeur avait décollé les vaisseaux du rachis et qu'après l'ablation de la masse fibreuse, le doigt, passant sous le vaisseau comme sous un pont pouvait à volonté en arrêter momentanément les battements.

Nombre. — Généralement uniques, les tumeurs fibreuses que l'on rencontre au devant du rachis atteignaient dans notre observation le nombre de deux. Toutefois de ces deux tumeurs, une seule était vraiment importante et seule elle était implantée au rachis. L'autre indépendante de la première était rétropéritonéale et ne paraissait munie d'aucun pédicule apparent. Son volume était de beaucoup moins considérable que celui de la première et atteignait environ les dimensions d'une orange.

Volume, — Cruveilhier et Virchow dans leurs descriptions des fibromes prévertébraux signalent tous les deux le petit volume de leurs tumeurs du « volume d'une pomme d'api » ou de « la grosseur d'un œuf de poule. » Le poids de la nôtre atteignait au contraire 1 kgr. 750. Son volume était donc assez considérable et atteignait facilement celui d'une tête de fœtus de sept à huit mois.

Développement. — Le début de la tumeur paraît avoir remonté chez notre malade vers l'âge de 26 ans. Nous l'examinons à l'âge de 39 ans : il a donc fallu treize années pour que la tumeur devint du volume que nous

avons mentionné. C'est donc un développement lent, très lent même. La tumeur examinée par Virchow paraît avoir eu un développement plus lent encore, puisqu'il la trouva chez une femme morte de gangrène sénile et que les tumeurs fibreuses passent généralement pour faire leur apparition chez des femmes plutôt jeunes, à la période d'activité sexuelle. Cruveilhier ne fait mention d'aucun âge dans son observation.

Adhérences. — Sans revenir ici sur les adhérences vertébrales, sur la constitution, la forme et la nature du pédicule périostique, nous parlerons seulement des adhérences de la tumeur avec le feuillet péritonéal postérieur. Or, ces adhérences étaient très serrées et elles existaient sur toute l'étendue de la tumeur. Après incision du feuillet pariétal postérieur, il fallut à l'opération trouver un plan de clivage qui permît l'énucléation, et pour ce faire, il dut patiemment détruire toutes les attaches qui retenaient la tumeur au feuillet séreux. Ces adhérences existent donc là comme elles existent pour les fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen : ce sont elles qui autrefois empêchaient les chirurgiens d'en tenter l'ablation, par crainte de l'ouverture inopinée de la séreuse et par crainte de l'aggravation subite du pronostic opératoire.

Les adhérences aux aponévroses du psoas, aux arcades fibreuses qui l'unissent à la colonne lombaire, au pilier gauche du diaphragme étaient beaucoup moindres et furent facilement détruites par l'opérateur.

Configuration extérieure. — « Les fibromes, disent Cornil et Ranvier, sont des tumeurs sèches, résistantes, nacrées, rosées ou blanchâtres. » Ce caractère de résistance

se retrouve dans la plupart des cas et permet souvent le diagnostic au simple toucher. Quant à la couleur, elle peut un peu varier. Le fibrome que nous avons observé présentait une forme sphéroïdale, à grand axe vertical cependant.

Il remontait en hauteur au-dessus de la deuxième lombaire, sur laquelle il s'implantait et descendait jusqu'au niveau de la crête iliaque environ. Les dimensions sont les suivantes : 17 centimètres dans le sens vertical, 13 centimètres dans le sens horizontal, 8 centimètres d'épaisseur. Sa surface extérieure présente quelques bosselures, rosées et brillantes comme toute la masse : on y voit un réseau vasculaire dont certaines branches ont un volume assez considérable.

Configuration intérieure. Aspect de la coupe. — Si on pratique une coupe perpendiculaire au grand axe de la tumeur, on peut l'ouvrir de chaque côté comme le feuillet d'un livre.

En raclant la surface de section avec un rasoir, on n'en obtient pas de suc ; on enlève seulement quelques fragments qui, examinés dans l'eau, paraissent entièrement formés de faisceaux connectifs onduleux, comme nous le verrons plus loin.

« A l'incision de la tumeur, dit Virchow, on reconnut qu'elle se composait d'une masse de grands lobes qui étaient formés d'un tissu fibreux très dur. » « Le tissu était très dense, essentiellement constitué par du tissu fibreux à forme lobulaire, peletonné. A son centre était une espèce de géode remplie par du sang concret et par un liquide visqueux. » (Cruveilhier.) De même, dans notre cas, la sur-

face de coupe est blanc jaunâtre dans l'ensemble. On voit de grosses travées présentant cette teinte blanche nacrée éclatante qui appartient en propre au tissu fibreux. Ces travées sont anostomosées et semblent délimiter une série de logettes de volume variable. On voit, en particulier, près du pédicule de la tumeur un noyau qui semble encapsulé et qui a le volume d'une mandarine. La teinte jaunâtre et terne de ces noyaux contraste avec la teinte nacrée des grosses travées : leur tissu semble pulpeux et friable. Cette consistance molle semble plus marquée au niveau du hile de la tumeur. L'examen histologique, pratiqué avec soin par notre collègue et ami Renaut, nous permettra de nous rendre compte de ces différences d'aspect macroscopique.

Consistance. Vascularisation. — Nous avons vu que la consistance est dure, un peu élastique, cartilagineuse (Cruveilhier). « Cette tumeur présentait dans son épaisseur et plus particulièrement dans sa couche superficielle une certaine quantité de tissu cartilagineux. »

« Les fibromes sont peu vasculaires : les vaisseaux pourraient même manquer dans certains cas. » Billroth décrit dans ces tumeurs de gros sinus veineux qui sont en réalité bien plus fréquents dans les myomes. Toutefois ils peuvent exister dans les fibromes. Il est bon de connaître la disposition de ces veines qui, adhérentes au tissu ambiant, restent béantes sur la coupe à la façon des veines sus-hépatiques et donnent lieu parfois à des hémorrhagies redoutables, » (Delbet).

Description histologique. — On sait qu'au point de vue de l'anatomie microscopique, la définition des

fibromes nous est donnée par celles du tissu fibreux formé par des faisceaux de tissu conjonctif séparés par des cellules connectives aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres. Pour qu'une tumeur soit dite fibrome, il ne suffit pas qu'elle renferme du tissu conjonctif ; il faut de plus qu'elle ne contienne aucun autre tissu. Presque toutes les tumeurs, en effet, possèdent une trame fibreuse. Certains épithéliomas, par exemple, offrent à considérer un stroma fibreux, parfois très dense qui peut même, dans des parties plus ou moins considérables de la masse morbide, exister à l'état de pureté. Mais ce stroma circonscrit toujours dans le plus grand nombre des points de la tumeur des interstices occupés par des cellules. Les tumeurs formées de tissu cellulo-adipeux renferment aussi parfois beaucoup de tissu fibreux qui entoure les îlots de cellules adipeuses.

Dans la plupart des sarcomes et des myxomes, il reste, au voisinage de la tumeur et quelquefois dans son intérieur, des tractus fibreux qui généralement accompagnent les gros vaisseaux. Mais, dans ces divers genres de tumeurs, le tissu fibreux constitue seulement la trame qui loge les parties les plus caractéristiques du néoplasme. Les fibromes, au contraire, sont formés uniquement de tissu conjonctif. » (Cornil et Ranvier)

Les fibromes sont formés de faisceaux conjonctifs onduleux, plus ou moins irrégulièrement disposés, quelquefois même rectilignes. Il faut ajouter de l'acide acétique à la préparation pour bien apercevoir les noyaux et le protoplasme des cellules. En effet, les fibres conjonctives se gonflent, se transforment en une masse transparente et

homogène au milieu de laquelle apparaissent des noyaux. Ce sont des cellules du tissu connectif qui diffèrent peu de celles du myxome. Les fibres ne présentent jamais un parallélisme parfait. « Les fibres du tissu conjonctif pouvant se rencontrer dans toutes les tumeurs, la dissociation ne saurait suffire pour se prononcer sur la nature d'une de ces tumeurs. En ce qui regarde particulièrement le diagnostic différentiel du carcinome et du fibrome, la dissociation peut conduire à une erreur, parce que certaines portions des carcinomes durs ou squirrhes sont constituées seulement par du tissu fibreux.

Aussi, pour faire le diagnostic anatomique de ces tumeurs, faut-il pratiquer des sections de la masse morbide après l'avoir fait durcir au moyen de l'alcool, en y pratiquant des coupes à main levée. Par l'examen rapide de ces préparations, il sera facile de reconnaître si, au milieu du tissu fibreux, il y a des alvéoles de carcinome, des ilots épithéliaux, des fibres musculaires lisses, etc. On rencontre, en effet, nous le répétons, des épithéliomas et des myomes où le tissu fibreux est assez développé pour qu'on puisse le confondre avec des fibromes, si l'on se contente d'en faire l'étude sur les préparations obtenues par dissociation.

Sur une coupe mince d'une tumeur fibreuse, on voit des faisceaux de fibres qui s'entrecroisent dans diverses directions, comme dans le derme ; les uns se montrent suivant leur longueur, les autres suivant leur section transversale. La disposition de ces faisceaux se reconnaît très bien lorsque les préparations sont examinées dans l'eau, moins bien lorsqu'on les a conservées dans la glycérine et ne se

montre presque plus lorsqu'on a ajouté de l'acide acitique. Ce dernier réactif fait apparaître les noyaux et les corps cellulaires qui les entourent disposés autour de faisceaux connectifs dont la direction est longitudinale et transversale. Il n'y a généralement pas de fibres élastiques dans ce tissu, qui semble reproduire le tissu fibreux, le plus dur. C'est là un point important. (Cornil et Ranvier.)

Pour l'examen histologique de notre tumeur. M. Renaut a prélevé des fragments en différents points, afin d'étudier la structure des noyaux durs et fibreux de la surface, celle des traversées nacrées et surtout celle des points jaunâtres et plus mous. Ces fragments ont été fixés dans le sublimé acétique ou l'alcool absolu, inclus dans la paraffine et débités en coupes minces.

Certains des noyaux de la surface sont constitués par un feutrage serré de faisceaux fibreux. Les fibres sont longues, épaisses, se teintent vivement par la fuchsine acide. Les noyaux sont rares. On rencontre peu de vaisseaux. Les capillaires ont une paroi fibreuse très épaisse. Cette structure est celle de la plus petite des deux tumeurs dans toute son étendue.

On retrouve par places de grosses travées de tissu fibreux analogues à celles que nous venons de décrire. Ailleurs et à côté d'elles apparaissent des faisceaux de tissu conjonctif qu'un fort grossissement montre constitué par des fibres de faible longueur, avec un noyau allongé, vivement colorable. Ces cellules sont groupées en faisceaux qui s'entrecroisent et la coupe les montre tantôt coupés longitudinalement et étalés dans leur longueur, tantôt au contraire coupés perpendiculèrement à leur axe.

Chaque fibre est alors représentée par une surface arrondie ou polygonale et la plupart du temps montre son noyau. Ici encore les vaisseaux sont rares, mais ils ont une paroi fibreuse extrêmement épaisse (fig. I, pl. III).

Enfin, sur un certain nombre de coupes, l'aspect est un peu différent. Dans certains points limités par ces travées fibreuses dont les éléments sont plus ou moins serrés et allongés, on est frappé par l'éloignement des éléments cellulaires. Ici il ne s'agit plus d'un tissu dense, mais d'un tissu très lâche formant des mailles où se voient des espaces clairs qui, à un faible grossissement, semblent vides (fig. II, pl. III).

Il n'y a plus ici de grosses travées. A un fort grossissement, on retrouve des fibres conjonctives, mais isolées les unes des autres ou rassemblées par petits groupes.

Elles sont orientées dans des plans différents : par places, certaines de ces cellules semblent présenter des prolongements. Ces éléments sont séparés les uns des autres par de larges espaces remplis d'une matière hyaline, albumineuse coagulée par la fixation. L'aspect dans ces points est analogue à celui qu'on observe dans certains myomes utérins dits fibromes mous.

On peut et on doit discuter la valeur de ces cellules, étant donné surtout l'aspect macroscopique de la tumeur qui faisait penser à un sarcome. Nous croyons être en droit de conclure qu'il ne s'agit pas dans les points ramollis de la tumeur, de sarcome, mais bien de fibrome œdématié. En effet, tous ces éléments sont nettement des fibres cellules. Les noyaux ne sont pas volumineux, on n'y voit pas de karyokinèse ; enfin il n'y a nulle part de capillaires em-

bryonnaires, et partout les vaisseaux ont une paroi conjonctive épaisse,

Notre tumeur qui, par endroits, peut paraître ressembler à un myxome, serait-elle en voie de dégénération? C'est possible, et nous allons voir plus loin quelles sont les altérations habituellement rencontrées dans les tumeurs fibreuses. Mais il nous semble que dans toutes ses parties, elle peut mériter le nom de fibrome, car elle est partout constituée de tissu conjonctif, et partout de tissu conjonctif adulte.

Altérations. — Les fibromes peuvent subir la dégénérescence granulo-graisseuse, les infiltrations calcaires, les transformations sarcomateuses.

A. *Dégénérescence granulo-graisseuse.* — Cette dégénérescence se manifeste par l'apparition de fines granulations dans les cellules. « Les régions atteintes prennent une coloration jaunâtre et deviennent opaques. Les cellules ainsi infiltrées sont frappées dans leur vitalité : elles meurent et tombent en deliquium. Dans certains cas, le magma ainsi produit est résorbé par les vaisseaux et il se forme des cavités pseudo-kystiques, dans lesquelles les hémorrhagies sont fréquentes. Le sang contenu dans ces cavités est d'autant plus modifié que l'hémorrhagie est plus ancienne. » (Delbet). Tel était évidemment le cas de Cruveilhier, puisqu'au centre de la tumeur était une épaisse de géode remplie par du sang concret et par un liquide visqueux.

B. *Infiltration calcaire.* — La transformation calcaire des fibromes est considérée comme fréquente, surtout dans ceux qui ont duré très longtemps. C'est une modification d'ordre régressif. caractérisée par l'infiltration de graisses

calcaires dans les cellules. Certains auteurs ont pensé qu'il y avait une véritable transformation osseuse : il y a, en réalité, calcification et non ossification. Cette dernière peut exister aussi, mais elle est infiniment plus rare. « Cette tumeur, dit Cruveilhier dans son observation, présentait dans son épaisseur, et plus particulièrement dans la couche superficielle, une certaine quantité de tissus cartilagineux. C'était donc un fibro-chondrophyte. »

L'affinité entre le tissu fibreux, le tissu cartilagineux et le tissu osseux morbide est si extrême, si bien qu'il est rare de trouver des fibrophytes complètement exempts de ces deux derniers tissus, on peut dire d'ailleurs que les productions fibreuses sont en quelque sorte la matière, la charpente des productions cartilagineuses et osseuses.

C. *Transformation sarcomateuse.* — Cette transformation aurait surtout lieu pour les fibromes de la paroi abdominale d'après Damalix. Cornil et Ranvier admettent comme peu probable qu'une pareille transformation puisse se faire. « Nous avons, en effet, disent-ils, examiné des tumeurs diagnostiquées fibromes de la paroi abdominale qui contenaient des parties entièrement sarcomateuses. Plusieurs d'entre elles récidivèrent, l'une jusqu'à huit fois. Dans les tumeurs récidivées, les multiplications cellulaires étaient abondantes et la glycogénèse très accusée. Aussi pensons-nous que dans la plupart des cas, lorsque des tumeurs considérées comme fibromes purs récidivent, ce sont en réalité dès le début des fibro-sarcomes. » Delbet explique du reste ces transformations de la façon suivante : « Les cas sont nombreux de fibromes qui après l'opération ont récidivé sous forme de sarcome. Ce sont là des faits

indiscutables qui n'ont d'ailleurs rien de surprenant. Les sarcomes et les fibromes appartiennent à la même série. Tous deux sont des néoplasmes conjonctifs : l'un, le sarcome, formé de tissu conjonctif embryonnaire ; l'autre, le fibrome, constitué par du tissu conjonctif adulte. Entre ces deux types extrêmes, il existe toute une série d'intermédiaires. Et même dans les fibromes les plus franchement adultes, on trouve toujours, au voisinage des vaisseaux principalement, des îlots embryonnaires qui sont les foyers d'accroissement. Si on étudiait isolément ces îlots, il serait absolument impossible de dire s'ils évolueront dans le sens fibreux ou dans le sens sarcomateux. On pourrait considérer les fibromes comme étant dans une sorte d'équilibre instable. Que la force évolutive mystérieuse qui réside en ces noyaux se modifie faiblement, l'équilibre sera rompu et le fibrome deviendra un sarcome. »

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

S'il est en général difficile de dégager des notions étiologiques précises dans les affections chirurgicales de l'ordre des tumeurs, les difficultés, déjà fort considérables, se trouvent tout à coup augmentées, lorsque la rareté d'une localisation ne permet guère d'étude comparative.

Fréquence. — En effet le peu de fréquence des fibromes rétro-péritonéaux ou prévertébraux est le premier des caractères que nous ayons à noter ici : deux cas, partout cités, étant donnée la notoriété de leurs auteurs, sont des trouvailles d'autopsie : ce sont des tumeurs de petit volume. Le troisième, que nous rapportons, est le seul suivi d'intervention chirurgicale, et de volume beaucoup plus considérable.

Sexe. — Cruveilhier ne mentionne pas le sexe de son malade. L'observation de Virchow se rapporte à une femme, celle que nous décrivons s'y rapporte également. Il paraît donc à peu près certain qu'ici comme dans la plupart des cas observés, les tumeurs fibreuses sont principalement l'apanage du sexe féminin. L'âge paraît être aussi

celui de l'activité sexuelle puisque chez notre malade la tumeur s'est dévoloppée entre 26 et 39 ans. Mais on ne peut invoquer ici, comme le font Labbé et Remy pour les fibromes de la paroi abdominale antérieure, les traumatismes et les efforts provoqués par la grossesse et l'accouchement.

Hérédité. — Certains fibromes sont congénitaux et même héréditaires. « A cet égard, le cas le plus probant est celui de Virchow, où l'affection se montre sur trois générations. » (Delbet.) Mais, en somme, l'hérédité ne se montre pas plus pour les fibromes que pour les autres tumeurs et on ne peut guère lui assigner une place bien nette comme cause efficiente.

Grossesse. — La grossesse ne jouerait-elle pas un rôle dans le développement de ce genre de tumeurs? En général, nous venons de le dire, les femmes atteintes de fibromes des parois abdominales ont toutes eu un ou plusieurs enfants ; « il semblerait, d'après ces faits, que les poussées congestives, lors de la menstruation et l'irritation des parois abdominales par l'utérus gravide, doivent jouer un certain rôle. » (Damalex.) Ce qui est vrai pour ces fibromes en particulier est souvent invoqué pour les fibromes situés sous un autre segment du corps. En fait, la malade qui fait le sujet de notre observation avait eu quatre grossesses.

Ménopause. — Nous devons aussi noter l'apparition très précoce de la ménopause qui, chez notre malade, se manifeste à 36 ans et le développement pour ainsi dire parallèle de la tumeur qui augmente au moment même où s'effectue la disparition des règles. En général, et c'est là

même une notion classique, il est beaucoup plus fréquent d'observer la diminution, voire même la disparition des tumeurs fibreuses au moment de la ménopause : dans ces cas ordinairement, la ménopause n'apparaît pas aussi rapidement.

Certains auteurs admettent que les fibromes se développent surtout dans les cas où les modifications apportées dans l'organisme par la fécondation, la grossesse et l'allaitement ne se sont pas produites : en d'autres termes, une femme vierge aurait plus volontiers un fibrome qu'une femme ayant eu des rapports, une femme unipare plus volontiers qu'une femme multipare. Enfin, chez les femmes à grossesses répétées, celles qui nourrissent leurs enfants seraient de beaucoup moins sujettes à l'éclosion des tumeurs fibreuses que celles chez lesquelles l'allaitement est supprimé. Notons ici que notre malade, qui était pourtant une grande multipare, n'a nourri que quelques mois le premier de ses enfants. Cependant, le fait d'avoir eu quatre accouchements incite plutôt à croire, dans ce cas comme dans les autres, que les femmes qui ont des grossesses sont volontiers atteintes de ces sortes de tumeurs.

Traumatisme. — L'influence des traumatismes a été souvent remarquée, principalement celle des petits traumatismes fréquemment répétés. Dans d'autres cas, c'est à la suite d'un traumatisme unique, mais violent, que s'effectue le développement de la tumeur. Trélat et son élève Bézaucèle ont montré que certains fibromes surviennent à la suite de ruptures fibrillaires des muscles. Un épanchement sanguin se produit entre les fibres déchirées,et c'est ce foyer hémorrhagique qui est envahi par la proliféra-

tion fibreuse. On comprend facilement, du moins pour les fibromes de la paroi abdominale antérieure, qu'il puisse se produire, pendant les efforts de l'accouchement dans les muscles de la ceinture abdominale, de petites déchirures qui deviennent l'origine du néoplasme. Mais dans les fibromes prévertébraux, ni les efforts de l'accouchement, ni la tension de la paroi pendant le dernier mois de la grossesse, ni le développement de l'utérus ne nous paraissent pouvoir apporter des notions étiologiques très précises. Le traumatisme, même minime et répété, est difficilement acceptable dans une région aussi profondément située et il ne nous semble pas qu'il faille y attacher une grosse importance.

Irritations chroniques. — Les phénomènes irritatifs qui jouent un rôle dans le développement des fibromes paraissent être de deux ordres : tantôt ce sont de simples frottements répétés amenant une réaction du côté du tissu conjonctif, tantôt ce sont des phénomènes inflammatoires et alors le fibrome se développerait comme mode de réaction à des microorganismes variés, de virulence peu nocive. Dans les cas de fibromes prévertébraux, il peut évidemment y avoir périostite préliminaire, mais comment la soupçonner si aucun signe clinique n'en a démontré primitivement l'existence ?

Siège. — Le siège ne peut guère nous donner de renseignements étiologiques. A la colonne dorsale ou lombaire, la proximité de l'aorte a-t-elle une influence, puisque la tumeur peut être adhérente au vaisseau ? L'union du ligament antérieur vertébral et du périoste des corps vertébraux peut-elle jouer un rôle dans le mécanisme du déve-

loppement du néoplasme ? Le pédicule périostique est-il toujours entièrement le seul en cause ? Les adhérences péritonéales, dans les fibromes sous-diaphragmatiques, jouent-elles un rôle irritatif, ou sont-elles postérieures à l'évolution de la tumeur ? Il est bien difficile de répondre à toutes ces questions, et il faut convenir que l'étiologie des tumeurs fibreuses reste environnée de nombreuses obscurités qui ne seront probablement pas rapidement éclaircies.

Dans une thèse publiée en 1904 (Institut zu Greifswald) Gustav Richard Teller a étudié deux cas de tumeurs rétropéritonéales, l'une observée par lui, l'autre par le professeur Grawitz : ces tumeurs n'étaient du reste pas fibreuses, mais à propos d'elles, il a voulu rechercher les tumeurs de même siège ; il ne signale du reste aucun cas de fibromes. Ce sont surtout des lipomes qui paraissent présenter ce siège fréquent de tumeur rétropéritonéale : on rencontre aussi quelques sarcomes au même niveau, mais toutes ces tumeurs sont beaucoup plutôt sous péritonéales que rétropéritonéales, car toujours c'est au niveau du pelvis qu'elles sont situées. J. Huwe (Dissertation Greifswald, 1904) rapporte aussi un cas de lipo-fibro-myosarcome. G. Teller joint aussi à sa thèse sur les tumeurs rétropéritonéales tous les cas de tumeurs du ligament rond ou les fibromes intraligamentaires : toutes ces tumeurs sortent complètement du cadre de notre sujet.

CHAPITRE V

Symptômes et formes cliniques.

Le développement progressif et continu des tumeurs fibreuses, en général, explique pourquoi, dans la plupart des cas, l'ensemble des signes physiques l'emporte d'une façon très nette sur les symptômes fonctionnels. De plus, le peu de retentissement de ces néoplasmes sur l'état général relègue, pour ainsi dire, à l'arrière-plan, les quelques troubles qu'il est parfois possible de leur imputer.

Au devant du rachis, les fibromes périostiques nous offrent des modalités bien différentes suivant leur siège au cou, au dos ou aux lombes. Nous les étudierons en ces endroits divers, insistant particulièrement sur les fibromes sous-diaphragmatiques rétropéritonéaux que nous avons pu étudier d'une manière plus complète que les autres.

1° Fibromes rétropéritonéaux

Les tumeurs fibreuses de cette région peuvent être rangées en plusieurs catégories suivant le volume qu'elles arrivent à acquérir.

Les tumeurs de petit et de moyen volume — et nous entendons par là celles qui ne dépassent pas ou qui dépassent à peine le volume d'une mandarine — offrent des symptômes trop peu importants pour que nous nous y arrêtions. Souvent même, rien ne peut faire connaître leur existence et ils restent des trouvailles d'autopsie, du moins nous le supposons. En tout cas rien ne permet, étant donné leur profondeur et leur absence de douleurs, de les diagnostiquer sûrement.

Les tumeurs d'un volume plus considérable peuvent être soupçonnés, mais nous pensons que dans tous les cas, on n'a guère le pouvoir d'affirmer leur existence, d'une façon certaine.

Début. — Chez notre malade, le début paraît avoir été marqué par des malaises qui sont probablement attribuables à la grossesse plus qu'à la présence de la tumeur. Cependant une première grossesse qui existait avant le développement du néoplasme avait évolué sans ennuis ; à cette seconde, la malade se plaint.

Un médecin est appelé et constate, au niveau de la rate, l'existence d'une petite tumeur. Pendant dix ans cette tumeur n'est pas soupçonnée de la malade qui devient enceinte deux autres fois et ne signale, en dehors de ses grossesses, comme phénomène important, que l'irrégularité des menstrues. Donc, début extrêmement lent.

Etat. — Puis, en trois années, le ventre augmente progressivement de volume et atteint l'extrême distension que nous lui connaissons. Les *symptômes fonctionnels*, toujours peu marqués, ne consistent guère qu'en une gêne non considérable et provoquée seulement par le volume du

néoplasme. La forme disgracieuse et asymétrique de l'abdomen, la disproportion trop manifeste entre l'énorme saillie gauche et le retrait de l'hypochondre et du flanc droits, tracassent le malade, mais ne lui occasionnent aucune douleur appréciable.

Peut-on rapporter à la présence du néoplasme fibreux la précocité vraiment extraordinaire de la ménopause ? Notre malade cesse de voir ses règles à 36 ans, ce qui est exceptionnel. De plus, c'est après cette suppression des règles que la tumeur prend des proportions considérables, contrairement à ce que l'on observe pour les fibromes en général où la tumeur qui apparaît et se développe pendant la vie génitale, diminue souvent au moment de la ménopause ou tout au moins reste stationnaire.

La constipation et les phénomènes d'entéro-colite muco-membraneuse sont des symptômes secondaires dus probablement à de la compression intestinale amenant un mauvais fonctionnement de toute cette portion du tube digestif.

En somme les symptômes fonctionnels sont fort vagues et aucun d'eux ne peut donner une idée de la maladie causale. On ne pourra donc longtemps s'y arrêter pour en tirer des données diagnostiques.

Symptômes physiques. — Au début, rien à la vue ne peut fournir d'éléments symptomatiques appréciables. Mais, à la période d'état, avec une tumeur volumineuse, la déformation du ventre est notable. Le flanc gauche chez notre malade n'existait pas et on trouvait une saillie anormale à son niveau. Cette saillie amenait immédiatement à l'esprit l'idée d'une rate augmentée de volume dans des

proportions énormes et cette idée pouvait en outre être défendue par les autres signes physiques que nous allons étudier. A la palpation, en effet, le néoplasme, comme presque toujours la tumeur fibreuse, offrait une forme régulière, non lobulée et nettement circonscrite. La main pouvait en délimiter facilement les contours par suite du relief qu'elle imprimait à la paroi abdominale, mais elle ne pouvait, à cause de son volume et des adhérences profondes, soulever la masse et y découvrir le moindre pédicule.

La consistance dure et tendue des tumeurs fibreuses se retrouvait ici : cette consistance était uniforme sur toute l'étendue de la tumeur. La mobilité, qui existait peut-être au début, était à peu près nulle, suivant, du reste, la règle générale des fibromes développés aux dépens du périoste. Toute la paroi antérieure de l'abdomen, très amincie par suite de sa distension, pouvait être prise dans la main, en avant du néoplasme, et on sentait le muscle droit en avant de la masse morbide. Les mouvements alternatifs de relâchement et de contraction de la paroi n'imprimaient à la tumeur aucun changement de volume. L'adhérence aux plans profonds était impossible à constater, étant donnée l'absence de la mobilité.

La percussion de l'abdomen confirme les notions déjà fournies par la palpation. Les limites de la tumeur, déjà connues, s'accusent à nouveau par la matité qu'elles opposent à la sonorité intestinale avoisinante et confirment l'idée d'une masse dure et à peu près uniformément unie.

On sait que les fibromes sont souvent multiples : dans

notre cas, il existait au-dessous de la première tumeur une autre petite tumeur, du volume d'une petite orange, indépendante de la première ; mais elle n'était guère reconnaissable et ses proportions n'entraient pas en ligne de compte auprès de celles de la tumeur sus-jacente.

L'état général n'est guère influencé par la présence de semblables néoplasmes et les malades vont, viennent et mènent la vie de tout le monde, gênés seulement par le volume quand la tumeur devient disgracieuse et lourde à porter. L'évolution pourrait donc durer des années sans que le malade mourût de son néoplasme. Nous avons parlé, au chapitre de l'anatomie pathologique, de la transformation des fibromes et de leur malignité possible si on y rencontre des éléments sarcomateux. Nous dirons seulement ici qu'au point de vue clinique la délimitation entre ces tumeurs est souvent délicate et que dans les deux cas il vaut mieux intervenir et éviter au malade, s'il est possible, les dangers de la généralisation au cas de sarcome.

2° FIBROMES PRÉVERTÉBRAUX DE LA RÉGION THORACIQUE.

Tous les traités classiques mentionnent les deux observations connues de Cruveilhier et de Virchow, à propos des fibromes périostiques de la colonne vertébrale. Les symptômes auxquels ils ont donné lieu ont été absolument négatifs et ces deux tumeurs furent, nous l'avons déjà dit, des découvertes d'autopsie. En tout cas, étant donné ce que nous savons de l'apparition des fibromes pendant l'âge adulte, et l'âge auquel était arrivée la malade dont Virchow fit l'autopsie, on peut facilement conclure qu'au dos,

comme aux lombes, le développement d'une tumeur fibreuse est fort lent.

Le volume de ces deux tumeurs ne fut pas aussi considérable de beaucoup que celui dont nous avons donné la description à la région rétropéritonéale. Y a-t-il dans ce faible volume un rapport avec le lieu du développement ? La présence des gros troncs actériels qui émergent à ce niveau de la crosse de l'aorte, cette crosse elle-même, l'œsophage, le dôme pleural ont-ils empêché l'expansion de la tumeur ? Nous ne le croyons pas. Mais si une pareille tumeur prenait un développement considérable, les accidents seraient au niveau de la région thoracique beaucoup plus à redouter qu'à l'abdomen. En effet, les gros troncs veineux comprimés, l'œdème consécutif, la gêne de toute la circulation et de la physiologie cardiaque pourraient, en cas de non intervention (à la partie supérieure du thorax, comme c'est le cas dans les observations citées), entraîner des conséquences rapidement mortelles. Plus bas, dans la partie située au-dessous des crosses de l'aorte et de l'azygos, la présence d'une tumeur serait bien difficilement reconnue. Les accidents dus au mauvais fonctionnement des poumons et du cœur ne seraient guère vraisemblablement attribués à leur cause véritable. En tout cas, entre la quatrième vertèbre dorsale et le diaphragme, la présence d'un fibrome périostique vertébral non seulement serait difficilement révélée, mais encore ne donnerait guère droit à une tentative d'ablation.

3° Fibromes périostiques vertébraux de la région cervicale

A cette région, les fibromes osseux connus sont en réalité ceux que M, Guyon a réunis sous le nom de fibromes intrapariétaux, et qui prennent des points d'attaches aux apophyses épineuses ou transverses. Nous ne reparlerons pas des cas de Partudge, Richard, Huguier, Maisonneuve, qui rentrent dans cette catégorie. Certaines tumeurs pourraient naître, comme le fait remarquer Gillette, du grand ligament cervical postérieur ou ligament de la nuque qui présente un feutrage extrêmement serré. Mais de tumeurs à origine sûrement et véritablement périostiques on n'en connaît guère : en tout cas, il y a, au point de vue objectif, mêmes symptômes que pour celles aux attaches osseuses secondaires. « Elles constituent, dit Gillette, des masses plus ou moins arrondies, d'une consistance ferme, élastique, rappelant jusqu'en un certain point celle d'une balle de caoutchouc. Saillantes, elles font un relief qui, quelquefois, n'est pas en rapport avec leur volume réel, surtout dans les points où plus profondes, elles sont comprimées par les muscles de la région qui recouvrent la tumeur en partie ou en totalité ; le ou les muscles font défaut, on les voit souvent proéminer davantage. Leur surface, ordinairement uniforme, peut être lobulée : ces lobules peuvent même être multiples et se rencontrer à la périphérie et à la circonférence. La peau qui les recouvre est saine, plus ou moins distendue par le produit morbide, mais toujours susceptible de se plisser, c'est-à-dire n'adhérant pas à la tumeur. Cette dernière jouit d'une certaine

mobilité, et il est possible de l'ébranler par des impulsions, soit latérales, soit verticales ; mais dans un sens ou dans l'autre, on finit par sentir que la masse est adhérente profondément, cependant la situation et la profondeur à laquelle elle siège empêchent très souvent de se rendre un compte exact de ce symptôme, et ne permettent pas de reconnaître d'une façon nette s'il existe de la mobilité au niveau de la base.

Elles sont en général indolentes, et la pression n'y détermine aucune sensibilité ; mais si la masse se trouve en rapport plus ou moins direct avec les troncs nerveux du plexus cervical, et si elle comprime un ou plusieurs rameaux, il est facile de prévoir qu'il peut en résulter des douleurs du côté du cou ou des troubles de sensibilité. Toutefois, il est aujourd'hui un fait important au point de vue clinique et thérapeutique, c'est que ces sortes de tumeurs d'origine périostique, contrairement à ce qui se passe pour celles qui sont de nature maligne, restent constamment isolées des parties molles profondes, au milieu desquelles elles se sont développées et qu'elles refoulent sans les englober. Quoiqu'il en soit, par leur développement et leur volume parfois considérable, elles sont susceptibles de déterminer, par suite de la situation même qu'elles ont prise, une gêne très notable non seulement dans la mobilité du cou, mais dans l'exercice des divers organes qui traversent cette région. »

CHAPITRE VI

Evolution Pronostic.

La marche des fibromes est généralement lente et souvent compatible avec une longue existence. Nous avons déjà dit que chez les femmes, au moment de la ménopause on voit souvent ces tumeurs subir une marche rétroactive et diminuer de volume. Cependant, en général, si la marche est lente, elle est en même temps régulière et progressive et ne s'arrête qu'au moment de l'intervention ou de la mort. Les fibromes trouvés par Cruveilhier et par Virchow sont des exemples de développement peu rapide, puisque ce furent des découvertes d'autopsie et que dans un cas l'autopsiée était une vieille femme morte de gangrène sénile. Dans certains cas, l'évolution de la tumeur procède par poussées successives qui s'accompagnent de phénomènes d'apparence inflammatoire. La comparaison du volume et de la durée de la tumeur peut fort bien ne pas fournir des données parallèles : tel fibrome dans un laps de temps égal se développera beaucoup plus rapidement qne tel autre. En général le volume des fibromes prévertébraux est difficilement perceptible au début ; à la région

dorsale, il faudrait qu'il prît des proportions énormes pour qu'on pût, non pas le diagnostiquer, mais même en soupçonner l'existence. Au cou, ce volume est facilement appréciable, de même dans la région sous-diaphragmatique du tronc. Dans ce dernier cas, il peut, comme dans notre observation, arriver à toucher la paroi antérieure au point de paraître faire corps avec cette dernière. Mais il n'est guère probable qu'il puisse jamais arriver à l'ulcérer par la compression continue qu'il lui impose.

Cependant le volume régulièrement croissant de la tumeur peut amener des troubles du côté de l'intestin qu'il comprime. Si même des anses grêles se trouvent pressées soit entre la tumeur et la paroi antérieure, soit au-dessus de la tumeur, entre elle et le diaphragme, il peut se produire de l'obstruction intestinale. Quant aux viscères avoisinants, rein ou rate, ils sont simplement refoulés et ne paraissent pas trop souffrir du voisinage immédiat de la tumeur.

Au point de vue de l'état général, la présence des fibromes prévertébraux ne paraît causer aucune gêne. Notre malade se plaignait seulement du volume de sa tumeur, mais cette dernière mise à part, elle se portait en somme fort bien.

Ce qu'on peut craindre à plus juste titre, c'est l'évolution vers le sarcome ou plutôt la récidive postopératoire sous forme de sarcome. Nous avons vu que ces deux tumeurs composées de tissu conjonctif adulte ou embryonnaire présentaient souvent des îlots, situés principalement au niveau des vaisseaux, sur l'avenir desquels il était difficile de se prononcer. C'est pour cela que l'intervention devra être hâtive et aussi étendue que possible.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

I. Fibromes prévertébraux sous-diaphragmatiques.

Etant données les différences considérables de volume observées entre ces tumeurs fibreuses, il paraît, *a priori*, de toute évidence, que le diagnostic des tumeurs de petit volume ne sera fait que d'une façon exceptionnelle. Du reste, l'absence de tout symptôme fonctionnel, la conservation d'un excellent état général, amèneront rarement les malades à prendre un avis médical et au cas où on ferait le diagnostic d'une tumeur de ce genre, ce ne pourrait être qu'à l'occasion d'autre chose et accidentellement. Quant aux tumeurs fibreuses rétro-péritonéales de gros volume, analogues à celles que nous rapportons, leur diagnostic présente les plus sérieuses difficultés.

On ne pourra guère procéder que par élimination dans la recherche du diagnostic et pour nous reconnaître dans le dédale des affections qui pourraient être mises en cause, nous diviserons ce chapitre en plusieurs paragraphes, et

nous pourrons ainsi arriver plus sûrement à établir les principaux symptômes de cette affection. C'est ainsi que l'on peut distinguer les cas suivants :

1° La tumeur n'est pas dans la paroi abdominale antérieure ;

2° La tumeur n'est pas intrapéritonéale ;

3° Diagnostic positif des tumeurs fibreuses rétro-péritonéales.

1° La tumeur n'est pas dans la paroi.

En examinant au premier abord un ventre tendu et montrant sur une portion plus ou moins large de sa surface une tumeur proéminente et amincissant d'une façon notable l'épaisseur de la paroi, la première pensée qui vient à l'esprit est que cette tumeur pourrait bien être prépéritonéale. Quelquefois, il est facile, par un simple pincement de la paroi, de sentir toutes les couches musculo-aponévrotiques rouler sous le doigt et se plisser sans difficulté ; mais, dans d'autres cas, les symptômes sont moins évidents. En effet, une adhérence intime avec le feuillet péritonéal antérieur, le refoulement au loin en arrière de ce dernier peuvent fort bien faire passer pour abdominale une tumeur à origine pariétale. L'erreur inverse est encore plus volontiers commise par suite des déplacements que provoque la contraction musculaire, dans le cas de tumeur abdominale. Voici les signes distinctifs qui permettront d'étayer le diagnostic :

« Pour reconnaître la présence d'une tumeur dans la paroi musculaire et aponévrotique de l'abdomen, la marche à suivre nous paraît être la suivante :

On constatera que la tumeur n'est ni dans la peau ni dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Le lipome qui est fréquent dans cette région sera facile à distinguer par ses caractères de lobulation, de pseudo-fluctuation et par la facilité qu'on a de le détacher des muscles.

En mobilisant la tumeur dans tous les sens, on s'assurera de ses rapports avec les os. Les adhérences manquent le plus souvent, mais il faut se rappeler qu'il y a des brides qui simulent des pédicules et qu'enfin il peut y avoir de véritables adhérences secondaires ; c'est surtout au niveau des côtes que ces derniers existent.

La situation superficielle de la tumeur et sa mobilité, la possibilité de la bien circonscrire, sont des probabilités pour croire à son développement dans la paroi. Mais nous savons que ces manœuvres ne sont pas toujours possibles et dans beaucoup de cas on est daus l'hésitation pour déterminer le siège intrapariétal ou intra abdominal.

Une tumeur des viscères abdominaux pourrait être sentie à travers des parois abdominales minces avec autant de netteté que si elle siégeait dans ces parois elles-mêmes. Existe-t il un signe de certitude pour affirmer le diagnostic dans ce cas ? Nous répondrons par l'affirmative. Cependant il faut faire des réserves, et après avoir exposé le signe en question, nous indiquerons dans quelles conditions il pourrait tromper et de quelles recherches accessoires il pourra être accompagné.

Le signe de certitude, ou mieux, le signe de presque

certitude dont nous voulons parler. c'est l'immobilisation de la tumeur pendant la contraction des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

Voici de quelle manière il faut procéder. Après avoir bien constaté la mobilité en tous sens de la tumeur et tout en continuant à lui imprimer des mouvements, l'observateur commande au patient de raidir les muscles. Si la tumeur adhère aux muscles, comme c'est le cas de nos fibromes, elle devient immobile dès le début de la contraction ; si, au contraire, elle est située dans la cavité abdominale, comme un kyste ou un corps fibreux, elle ne subit aucune modification dans sa mobilité.

La tumeur intrapariétale pourra faire une saillie, quelquefois très marquée, pendant la contraction ; la forme de la tumeur intra-abdominale sera toujours plus ou moins marquée dans les mêmes conditions.

Il est divers moyens pour déterminer la contraction des parois de l'abdomen.

On peut faire asseoir le malade. On peut lui demander de tendre son ventre ou de faire un effort. Une respiration profonde, une secousse de toux, un mouvement de flexion ou de redressement du tronc peuvent également produire la contraction musculaire désirée.

De la situation que prend la tumeur par rapport aux plans musculaires, on peut tirer quelques déductions. Ainsi, fait-elle une saillie plus forte pendant la contraction que pendant le relâchement, on peut supposer qu'elle est surtout développée vers les parties superficielles. Si au contraire elle s'enfonce pendant la contraction, on peut craindre qu'elle n'ait pris naissance dans les parties tout-à-

fait profondes de la paroi et qu'elle ne fasse saillie sous le péritoine.

On pourra constater ainsi le point d'insertion des muscles sur la tumeur et sentir si les faisceaux musculaires s'écartent autour d'elles ou passent devant elles, et ces données renseigneront encore sur la situation du néoplasme.

Quand la tumeur est de moyen volume, les renseignements ainsi obtenus peuvent être précis et ne laisser aucun doute. La différence entre la mobilité de la tumeur avant la contraction des muscles ou après celle-ci est des plus nettes.

Il n'en est plus de même quand la tumeur est volumineuse. Dans quelques cas, les muscles ont été tellement distendus par le poids du fibrome qu'ils ont perdu leur propriété contractile. Ils se laissent allonger et la tumeur tombe sur les cuisses, suspendue par les muscles altérés qui lui forment une sorte de pédicule.

D'autres fois, la tumeur plonge dans le bassin quand la malade est couchée, et elle repose sur la partie solide dont elle est difficile à détacher en raison de son poids. La contraction des parois abdominales ne modifie que bien peu ces conditions. Alors on pourra recourir à la manœuvre suivante : on placera la malade sur les genoux et les coudes, et on verra la tumeur se détacher des parties profondes et entraîner la paroi. Alors deviendront plus facilement appréciables et la mobilité de la tumeur et la plus légère modification imprimée par la contraction des muscles.

Quant aux moyens qui consistent à déplacer la tumeur en tirant sur les muscles de la paroi, ou à tirer sur la

tumeur, et à constater que la paroi musculaire est tendue, ils ont pu donner des résultats, mais ils ne sont applicables que sur des ventres flaccides pour des tumeurs petites. Ils ne sont pas d'une valeur comparable à celle de l'immobilisation de la paroi par la contraction des muscles. (Labbé et Rémy.)

Ces principaux éléments de diagnostic des tumeurs fibreuses de la paroi, réunis par les auteurs précédents se retrouvent un peu épars, il est vrai, dans les publications antérieures, de Bouchachourt, Santerson, Billroth, Nicaise, Verneuil, Rokitansky, Weinlechner. Santerson ne disait-il pas déjà : « Il faut faire relâcher les parois du ventre. Saisissant alors, dans son pli transversal la paroi musculaire, on voit qu'on déplace le néoplasme en tirant sur les muscles. » Et Billroth, en 1873, après avoir fait remarquer que la tumeur est mobile avec les parois, ajoute que sa mobilité diminue beaucoup quand le ventre est tendu, et il en conclut que la tumeur adhère aux muscles.

Donc, le diagnostic est en somme facile, qui consiste à éliminer les tumeurs intrapariétales, quelles aient ou qu'elles n'aient pas de pédicule osseux.

§ II. — **Tumeurs intra-abdominales.**

La plupart des tumeurs intraabdominales pourraient être confondues avec les fibromes prévertébraux, ou plutôt, comme dans notre cas, c'est l'erreur inverse qui est le plus volontiers commise. En effet, et nous ne nous occuperons que de celles-là, les tumeurs de gros volume refou-

lent le péritoine postérieur qu'elles accolent à l'antérieur, de telle sorte qu'elles simulent à s'y méprendre une origine intrapéritonéale, et cependant, un mince feuillet séreux constitue au point de vue de l'évolution, du pronostic et du traitement des différences extrêmement importantes. Quant aux tumeurs fibreuses prévertébrales de petit volume, elles sont à peu près fatalement méconnues, leur présence ne donnant lieu à aucun trouble clinique important. Ce sont donc des trouvailles d'autopsie, et nous n'aurons pas à nous en occuper. Nous avons dit que dans les cas de tumeurs fibreuses périostiques vertébrales, l'implantation observée se faisait sur la partie latérale gauche du corps des vertèbres. Le développement a donc lieu dans la partie gauche de l'abdomen, et les tumeurs qui pouvaient prêter à confusion sont celles de la rate, du rein ou de l'ovaire gauche, accessoirement de l'intestin, du pancréas ou du mésentère.

Tumeurs de la rate. — Le kyste hydatique, très tendu, présente des caractères physiques un peu analogues : matité, volume de la tumeur, régularité de ses contours. En cas de doute, en peut pratiquer une ponction exploratrice qui renseignera sur la présence du liquide et fera faire le diagnostic. Les autres splénomégalies, lymphadénome, lipome et fibrome doivent être aussi discutées. Ces deux dernières tumeurs ont pour elles leur excessive rareté : la mobilité est peut-être plus considérable que dans la tumeur vertébrale ; en outre, elles suivent volontiers les mouvements du diaphragme. Le lymphadénome garde souvent la forme même de la rate, seulement hypertrophiée. Cette hypertrophie, constatable par la percussion,

donne souvent à la rate une forme oblique qui tend à devenir transversale. Enfin, dans la plupart des cas de lymphadénome, il y a de la leucémie vraie et en cas de doute, il faut pratiquer l'examen du sang. Quant aux cas de cancer de la rate, il faudra s'appuyer sur l'état général du malade, beaucoup plus rapidement atteint que dans le cas de tumeurs fibreuses. Enfin l'hypertrophie splénique d'origine paludéenne est généralement entourée d'antécédents qui permettront de la reconnaître.

Tumeurs du rein. — L'hématurie, la douleur et les modifications de l'urine sont des phénomènes de première importance dans le cas de cancer du rein. La palpation rénale et le mouvement de ballottement permettront aussi de reconnaître qu'une tumeur rénale même abdominale garde toujours le contact lombaire. Les kystes hydatiques présentent aussi ce dernier signe bien que le diagnostic en soit fort difficile.

Tumeur du mésentère. — Les signes distinctifs de ces tumeurs, des fibromes en particulier sont les suivants : tumeur médiane pointant vers l'ombilic très mobile, avec une zone de sonorité en avant et une autre la séparant du pubis. Mais les fibromes mésentériques atteignent dans certains cas un volume considérable qui atténue singulièrement leur mobilité de sorte que le diagnostic est fort difficile.

Tumeur du pancréas. — Celle-ci et en particulier le cancer s'accompagnent d'un ictère intense et permanent, de dilatation de la vésicule biliaire, de cachexie et d'amaigrissement rapide. Il n'y a donc guère d'erreur possible.

Tumeur de l'ovaire. — Les tumeurs solides de l'ovaire, les kystes végétants surtout pourront être confondues avec les fibromes rétropéritonéaux. Outre les signes donnés par le toucher, il existe souvent dans ces tumeurs de l'ascite, franche ou hémorrhagique. La délimitation de la tumeur, quand elle s'élève au-dessus du bassin, est au début facile, plus tard, il y a des adhérences, mais alors les contours du néoplasme sont irréguliers et sinueux. Le fibrome de l'ovaire présente plus de mobilité que les fibromes vertébraux, par suite de la mobilité même de l'organe sur lequel il évolue. Enfin il se développe de bas en haut.

§ III. Diagnostic positif des fibromes rétropéritonéaux.

Les signes positifs de ces tumeurs sont, nous venons de le constater, à peu près nuls et on ne peut guère procéder à l'examen que par des signes négatifs et par un travail d'élimination. Si la tumeur est petite, très profondément située, si on arrive à découvrir un pédicule et si enfin il existe des tumeurs multiples, on aura quelques présomptions, mais de certitude, point. Il faudra donc vraisemblablement, après avoir, ce qui est facile, éliminé les tumeurs de la paroi abdominale, examiner les viscères abdominaux les uns après les autres, s'assurer qu'aucun d'entre eux n'est en cause et ce n'est qu'ensuite qu'on pourra songer à un fibrome prévertébral, tumeur rare, exceptionnelle, sur laquelle on ne pourra guère se livrer qu'à des conjonctures. Enfin, l'examen sous chloroforme est parfaitement indiqué et très logique afin de connaître le rapport et la

situation de la tumeur examinée et d'en déterminer la nature.

II. Fibromes prévertébraux a la colonne dorsale

Si deux observations de ce néoplasme sont restées des trouvailles d'autopsie, il est probable que le diagnostic, dans les cas qui pourraient à nouveau se présenter, sera toujours fait *post mortem*. En effet, les moyens d'exploration manquent totalement. Il faudrait tout d'abord une tumeur de gros volume pour amener des troubles respiratoires et cardiaques qui attireraient l'attention du clinicien vers le thorax. Ensuite, même ces symptômes existant, comment soupçonner leur cause dans une tumeur aussi rare que celle qui nous occupe. Dans tous ces cas, la radioscopie et la radiographie restent d'un grand secours : si elles ne permettent pas de définir la nature exacte de la tumeur, elles permettent au moins d'en connaître d'une façon un peu précise, le siège exact. Si on peut déjà savoir que la tumeur tient à la colonne vertébrale, si les phénomènes généraux sont nuls, on pourra tout au moins penser qu'il s'agit d'une tumeur bénigne et l'intervention pourra ne pas s'imposer, étant donné les difficultés d'aborder le néoplasme.

III. Fibromes prévertébraux cervicaux

Ces derniers ne sont pas décrits spécialement : néanmoins on pense facilement que, l'exploration de toute la

région cervicale pouvant être pratiquée, on arrivera le cas échéant à établir le diagnostic. Mais il faudra reconnaître les fibromes de la région cervico-dorsale et tous ceux en général qui se développent dans les aponévroses des fibromes véritablement périostiques. Les lipomes, les enchondromes et les tumeurs osseuses en seront facilement distingués. Les adhérences qui existeront pour ces fibromes comme pour ceux de la nuque pourront se faire au niveau du paquet vasculo nerveux et compliquer l'intervention : ces adhérences et ces compressions nerveuses seront connues du reste par les douleurs et les troubles de sensibilité qu'elles amènent avec elles. L'état de la peau, la connaissance de la tumeur, sa mobité, son indolence à la pression sont de bons éléments dans la recherche du diagnostic.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement des fibromes prévertébraux ne s'applique évidemment qu'aux fibromes de la région cervicale ou de la région sous-diaphragmatique du tronc. Nous éliminerons d'emblée le fibrome thoracique dont le diagnostic sera toujours trop incertain pour permettre une tentative d'extirpation.

Pour les autres, il n'y a pas de doute, l'ablation doit être pratiquée. Au début, lorsque la tumeur est de petit volume et qu'elle ne provoque chez le malade aucun trouble appréciable, on pourrait peut-être hésiter, mais étant donné ce que nous savons de la marche régulière et progressive des tumeurs fibreuses, la question de l'intervention doit immédiatement se présenter à l'esprit. Il ne s'agit évidemment pas d'une urgence absolue et on peut pendant quelque temps surveiller le développement du néoplasme, avec l'intention toutefois d'y porter le bistouri dans un temps plus ou moins proche.

Si au contraire, il s'agit d'une tumeur d'un volume considérable qui pourra amener des troubles de compression

incompatibles avec l'existence : compressions veineuses, œdème, obstruction intestinale, etc., il n'y a dans ce cas, aucun temps à perdre car le malade perd d'autant plus sa résistance qu'on attendra plus longtemps.

Cependant dans les deux cas, de tumeur petite ou grosse, il faut évidemment faire entrer en ligne de compte l'état général du malade et mieux vaudra l''abstention qu'une intervention problématique. Envisageons d'abordles tumeurs prévertébrales abdominales.

II. Tumeurs rétro-péritonéales.

L'ablation par la voie antérieure, trans-péritonéale, semble indiquée. En effet, la tumeur fait généralement saillie en avant, pointe sous le bistouri et se trouve facilement abordable. Au contraire, les muscles de la région postérieure de l'abdomen ne donnent qu'un jour insuffisant par lequel la dissection du néoplasme serait beaucoup plus pénible. Cette voie permettrait, il faut le reconnaître, un drainage beacoup plus sûr et plus commode et éviterait l'ouverture du péritoine. Mais dans le cas d'adhérences avec la séreuse, il pourrait y avoir cependant ouverture involontaire et on n'aurait dansce cas rien gagné et au contraire les difficultés auraient été accrues. D'ailleurs, pour aborder ainsi une tumeur prévertébrale, il faudrait être absolument certain de son diagnostic, il faudrait affirmer par conséquent la situation exacte rétro-péritonéale, il faudrait être certain que les adhérences ne seront pas une gêne, il faudrait enfin que la blessure de l'aorte fût certainement évitée. Toutes ces raisons font que la voie nor-

male à suivre pour l'ablation d'une tumeur prévertébrale est la voie transpéritonéale. L'intervention se fera de la façon suivante :

1° *Incision.* — Celle-ci sera celle d'une laparotomie médiane ou paramédiane. On passera donc suivant le cas, soit entre les muscles droits, soit à travers les fibres de l'un d'eux et le péritoine sera facilement ouvert. On mettra alors de grandes compresses intra-abdominales avant de passer à l'incision du péritoine pariétal postérieur. Ce dernier incisé, il faudra disséquer soigneusement ses adhérences et trouver le plan de clivage qui permette l'énucléation de la tumeur. Afin d'opérer avec grande sécurité hors de la cavité abdominale, on pourra réunir provisoirement les feuillets incisés antérieur et postérieur de façon à créer pour ainsi dire deux cavités abdominales, l'une droite, l'autre gauche.

2° *Ablation.* — L'ablation de la tumeur se fera avec prudence, en cherchant à contourner cette dernière sur sa circonférence avant de chercher à déchirer son pédicule. Celui-ci sera prudemment sectionné, sans tiraillement, de façon à éviter sûrement la blessure de l'aorte, à laquelle, nous l'avons dit, des adhérences plus ou moins serrées peuvent l'unir.

3° *Fermeture.* — La tumeur enlevée, on se trouve le plus souvent en présence d'une surface saignante rétropéritonéale qu'on se trouve dans l'obligation de drainer. On peut évidemment drainer en arrière, le long de la colonne vertébrale et refermer en avant du drainage péritoine postérieur et péritoine antérieur. Cette façon de faire compliquer un peu l'opération, l'allonge et augmente le

nombre des incisions. Mieux vaut drainer par la voie antérieure et marsupialiser la poche. Pour cela des fils passés en un plan traversent de chaque côté de la peau et les deux feuillets péritonéaux, ne laissant passage qu'aux drains. L'intestin grêle est soigneusement rentré dans l'une des côtes de l'abdomen, et de l'autre ne se trouvent que l'angle colique gauche et le côlon descendant.

Telle est la technique qui a été suivie par notre maître, M. le professeur Segond, et qui nous paraît la meilleure dans les cas analogues. Au cas cependant où la tumeur ne pourrait être enlevée toute d'une pièce et où son volume considérable en gênerait l'énucléation, on pourrait procéder par morcellement et retirer petit à petit les diverses portions fibreuses jusqu'à l'ablation totale.

Complications. — La principale complication pendant l'acte opératoire est évidemment la déchirure possible de l'aorte. Celle-ci peut d'autant plus se produire qu'au moment où on opère, on ignorera le plus souvent la localisation exacte de la tumeur fibreuse trouvée, ou tout au moins son lieu d'origine. Dès lors des tractions insuffisamment prudentes pourront fort bien causer ce traumatisme qui coûtera la vie au malade. On ne saurait donc trop multiplier les précautions ni trop disséquer le pédicule avant de se décider à sa traction et à sa section. Les cas de fibromes étant tous signalés à gauche, l'aorte paraît surtout en cause : à droite, les mêmes inconvénients siégeraient du côté de la veine cave.

Un autre accident post-opératoire possible dans les cas que nous étudions est l'obstruction intestinale. On conçoit en effet que l'abdomen étant divisé en deux parties iné-

gales par suite de l'accolement des deux feuillets péritonéaux à la paroi antérieure de l'abdomen, la masse intestinale grêle puisse venir se coudre sur l'éperon que forme cet accolement au-dessous du diaphragme. Cet accident, tout théorique, peut se produire, et il importe de surveiller le malade avec soin, et le cas échéant ne pas hésiter à celler l'obstacle.

Nous ne parlerons pas ici de la péritonite, étant donné l'élimination primitive de la cavité péritonéale dans le premier temps de l'opération et de la complète asepsie de l'opérateur.

Signalons pour finir les lésions possibles des nerfs du plexus lombo sacré qui pourraient devenir la forme de départ d'eschares analogues à celles observées chez notre malade. Ces lésions nerveuses, comme l'a montré M. le professeur Segond, sont en effet suffisantes, pour déterminer de tels accidents.

b) Tumeurs fibreuses dorsales.

Nous n'entreprendrons pas ici de décrire une intervention qui ne nous paraît que d'une application à peu près exceptionnelle et qui ne semble en tout cas jamais avoir été pratiquée. Rappelons seulement que les tumeurs fibreuses vertébrales de Cruveilhier et Virchow siégeaient toutes deux dans la région dorsale.

c) Tumeurs fibreuses cervicales.

« L'extirpation dit Gillette, est le seul mode de traitement applicable aux fibromes du cou, dont le caractère

(qui leur a été attribué par bien des auteurs) d'être facilement énucléables n'existe pas cependant pour toutes, car elles peuvent certainement contracter à la longue des adhérences avec les parties voisines. La section verticale de la peau ne suffit pas généralement et on est obligé le plus souvent d'employer des incisions composées. La dissection est parfois longue et laborieuse ; une fois la tumeur isolée des parties voisines, on coupe le pédicule qui attache les masses fibreuses au squelette ; on l'a vu se rompre pendant les efforts pratiqués pour l'énucléation. »

Maisonneuve a mis en pratique le procédé du morcellement applicable aux tumeurs très volumineuses et qui peut rendre des services.

Observation VI

(Virchow.)

Pathologie des tumeurs, 1867. t. I, p. 351.

En décembre 1865, je trouvai à l'autopsie d'une vieille femme morte de gangrène sénile, dans la cavité thoracique, sur les corps des troisième et quatrième vertèbres dorsales, vers le côté gauche, une tumeur dure, arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule qui avait produit une légère atrophie de l'os, n'était pas en connexion avec le cartilage intervertébral et était recouvert par le ligament long antérieur, avec lequel elle se confondait. A l'incision, on reconnu qu'elle se composait d'une masse de grands lobes qui étaient formés d'un tissu fibreux très dur.

Observation VII

(Cruveilhier.)

Fibrophyte périostal des vertèbres.

Il y a bien des années que dans une dissection j'ai rencontré sur la partie latérale gauche de la deuxième vertèbre dorsale une tumeur sphéroïdale très dure, du volume d'une pomme d'api. Cette tumeur naissait pas un pédicule étroit du corps de la deuxième vertèbre dorsale. Son tissu était très dense, essentiellement constitué par du tissu fibreux à forme lobulaire-pelotonné. A son centre était une espèce de géode remplie par du sang concret et par un liquide visqueux.

Cette tumeur présentait dans son épaisseur et plus particulièrement dans sa couche superficielle une certaine quantité de tissu cartilagineux. C'était donc un fibro-chondrophyte. L'affinité entre le tissu bibreux, le tissu cartilagineux et le tissu osseux morbide est extrême, si bien qu'il est rare de trouver des fibrophytes complètement exempts de ces deux derniers tissus : on peut dire d'ailleurs que les productions fibreuses sont en quelque sorte la matière, la charpente des productions cartilagineuses et osseuses.

Aux fibrophytes périostaux des vertèbres se rapporte l'énorme tumeur cervicale que M. Maisonneuse a extirpée avec une si grande habileté et dont il a si bien décrit la structure.

On conçoit que des tumeurs semblables peuvent se développer aux dépens de deux ou trois vertèbres cervicales, soulever le pharynx et en imposer pour un polype fibreux des fosses nasales. Serait-ce à des cas de ce genre qu'il

faudrait rapporter ce qu'on a dit des polypes pharyngiens prévertébraux ?

Observation VIII

(Depaul.)

Tumeur fibreuse de la paroi-postérieure de l'excavation pelvienne implantée sur la colonne lombaire. (*Bull. Soc. Chirurgie*, Paris, 1877, p. 741.)

Cette tumeur a été prise pour un myôme utérin. Il s'agit d'une femme de 31 ans, entrée à l'hôpital le 11 novembre. Sa santé est habituellement bonne. Réglée à 17 ans, la malade a eu un premier accouchement facile. La deuxième grossesse, pénible, s'est terminée par un accouchement qui a nécessité huit ou dix applications de forceps ; le troisième accouchement se fait sans difficulté, mais l'enfant était tout petit au dire de la malade. La grossesse actuelle est à terme et n'a donné lieu à aucun incident qui mérite d'être noté. Les douleurs régulières de l'accouchement ont débuté le 11 novembre à 8 heures du soir ; la rupture des membranes a lieu le 12 novembre à 5 heures du matin ; la dilatation complète se fait le même jour à 6 heures du matin. M. Depaul constate alors une présentation du sommet avec dos à droite ; le col qui était jusque là aplati contre la symphyse est ouvert. En arrière, paraissant faire corps avec la partie inférieure du segment postérieur de l'utérus, on touche une tumeur dure, lisse non mobile et du volume d'une mandarine. Par le toucher rectal, on arrive plus facilement sur la tumeur.

L'enfant souffre du retard apporté à l'accouchement. M. Depaul se décide à faire une application de forceps et sans grande difficulté extrait un enfant du poids de 3 kgr. 250. L'enfant est

promptement ranimé. La malade a succombé à une péritonite qui ne s'est développée que le 24, c'est-à-dire 12 jours après l'accouchement, la mort a eu lieu le 28.

A l'autopsie, je constate avec surprise, au lieu d'une tumeur du segment postérieur de la matrice que j'avais diagnostiquée, une tumeur fibreuse du poids de 1 kgr. 260 ayant 23 centimètres de diamètre : elle était implantée dans les trous de conjugaison des deux dernières lombaires du côté gauche et dans le trou sacré gauche de la troisième vertèbre sacrée. J'ajoute qu'en faisant l'autopsie, j'ai été frappé de la grandeur du bassin. En voici la mensuration :

D'une épine iliaque à l'autre		0,28
Détroit supérieur	diamètre antéro postérieur.	0,13
	diamètre transverse	0,143
	diamètre oblique droit	0,14
	diamètre oblique gauche	0,135
Détroit inférieur.	Diamètre transverse	0,115

Observation IX

(Recueillie par nous dans le service de M. Segond.)

Le 18 juin 1906, entrait à l'hospice de la Salpêtrière, pavillon Osiris, dans le service de M. le professeur Segond, Mme P... Joséphine, âgée de 39 ans, qui lui était envoyée par le docteur Aslan, d'Hennebont. Son père vit encore et est âgé de 63 ans, il est bien portant. Sa mère est morte à 27 ans, de fluxion de poitrine. Elle a eu deux frères qui sont morts jeunes tous les deux, l'un à deux ans, l'autre à six mois. Ses antécédents personnels sont les suivants : à l'âge de 6 ans, elle fut atteinte d'une fièvre muqueuse. A 25 ans, elle eut une première gros-

sesse qui se termina par un accouchement normal et par la naissance d'un garçon, né trois semaines avant le terme prévu, âgé aujourd'hui de 14 ans et bien portant. A 26 ans et demi, deuxième grossesse. Le début de cette dernière fut marqué par des malaises assez prononcés pour obliger la malade à demander une consultation. Le médecin trouva la rate très grosse et affirma quelque temps après que la malade était porteur d'une petite tumeur. L'accouchement se fit néanmoins à terme et se termina par la naissance d'un enfant âgé aujourd'hui de 12 ans et demi et bien portant. Une troisième grossesse eut lieu à 28 ans. L'enfant qui vint à terme, mourut à six mois de bronchite capillaire.

Après cette troisième grossesse, la malade constata des irrégularités dans ses menstrues : néanmoins elle fut de nouveau enceinte pour la quatrième fois à l'âge de 31 ans ; mais au troisième mois de sa gestation, elle fit une fausse couche qui nécessita un séjour au lit fort prolongé puisque, nous dit-elle, elle ne fut rétablie qu'après quatre ou cinq mois. A cette époque la malade n'avait en aucune façon remarqué le développement anormal de son abdomen.

A 36 ans, les règles disparurent d'une façon totale et le ventre qui depuis quelque temps avait pris un volume un peu considérable, augmente encore d'une façon très notable. De 36 à 39 ans, époque actuelle, l'augmentation ne cesse de continuer à tel point que la malade inquiète se décide à consulter M. le docteur Lemasson qui l'examine avec soin et lui conseille aussi d'entrer dans le service de chirurgie de la Salpêtrière.

Signalons encore ce fait que la malade souffre depuis sa première grossesse d'une constipation assez marquée et que depuis plusieurs mois elle se plaint d'éprouver des symptômes d'en-muco-membraneuse.

A son entrée au pavillon Osiris, le 18 juin 1906, nous l'examinons attentivement et voici ce que nous constatons. Il existe une tumeur volumineuse, ovalaire, à grand axe vertical, occupant plus de la moité gauche de l'abdomen, s'etendant, en

hauteur depuis les fausses côtes gauches au détroit supérieur et débordant en largeur la ligne médiane de l'abdomen. Cette tumeur est dure, lisse, à peu près régulière, facilement délimitable dans tous les sens. Elle est indolore, gêne seulement la malade par son gros volume et par l'irrégularité qu'elle donne à l'aspect de l'abdomen : en effet, elle déforme la taille de telle façon que la malade ne peut s'habiller comme tout le monde. L'état général est bon et ne permet de soupçonner aucune marque d'affaiblissement.

S'agit-il, dès lors, d'un sarcome ou d'une tuberculose splénique ou rénale ? Ces hypothèses, soulevées au début de la discussion du diagnostic, s'éliminent d'elles-mêmes par l'examen de cet état général excellent dont nous venons de parler. De plus les symptômes fonctionnels locaux seraient vraiment minimes au cas de tumeur maligne ou de tuberculose. Ne serait-ce pas plutôt une tumeur bénigne et en particulier une dégénérescence fibreuse de la rate ? Cela est possible, mais l'extrême rareté du fait n'est guère favorable à l'établissement de ce diagnostic.

Peut être pourrait-on s'arrêter, plus justement, à l'idée d'un kyste hydatique de la rate, dont les parois, extrêmement tendues, donneraient les sensations fournies par l'examen physique de la tumeur, c'est à dire cette sensation pierreuse sur laquelle Trélat insistait à juste titre.

Une tumeur fibreuse, développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale, avec pédicule costal, donne assez l'impression fournie par cette tumeur, mais les muscles droits, en se contractant amèneraient vraisemblablement un changement de forme. Tel n'était pas notre cas, et la main, en déplissant la paroi abdominale, sentait fort bien la couche musculo-aponévrotique au-devant de la tumeur. La paroi, sans doute, était amincie, mais néanmoins indépendante.

S'agissait-il donc d'une tumeur épiploïque ? Son peu de mobilité ne plaidait guère pour cette hypothèse, abandonnée rapidement.

En somme, au moment ou M. le professeur Segond décida d'intervenir, à cause de cette évolution vers un énorme développement, à cause de la gêne éprouvée et des phénomènes de compression intestinale toujours imminents, on pensait surtout à un kyste hydatique de la rate extrêmement tendu ou à un fibrome de cet organe, en formulant cependant à leur sujet les plus grandes réserves.

Le 23 juin 1906, la laparotomie fut pratiquée de la façon suivante. Incision para-médiane gauche. Incision du péritoine pariétal antérieur. Immédiatement, en arrière de ce premier feuillet séreux, se trouve le péritoine pariétal postérieur, repoussé en avant par la tumeur, dont il est en quelque sorte coiffé. Il n'y a, entre ces deux feuillets, aucune interposition d'anses intestinales. Le péritoine pariétal postérieur est incisé lui aussi et on arrive sur les tissus qui forment, pour ainsi dire, la coque de la tumeur. Ces derniers sont découverts plan par plan jusqu'au moment où on sent le clivage qui va permettre de contourner la masse fibreuse. Cette dernière, intimement uni en avant au péritoine, est, en arrière, beaucoup plus libre et l'énucléation en sera de beaucoup facilitée. En effet, elle se laisse facilement aborder par son pôle externe : les doigts la contournent, libèrent sans difficulté sa face postérieure et arrivent à la décoler jusqu'au niveau de la ligne médiane, où une résistance se fait sentir. Etant donné le voisinage immédiat de l'aorte, et pensant que la zone d'implantation du fibrome pouvait adhérer d'une façon intime au vaisseau, l'opérateur prévient l'aide de se préparer à toute éventualité, et décolle prudemment d'arrière en avant le pédicule vertébral. Celui-ci s'implante au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, entre la face antérieure et le vertèbre et la face postérieure de l'aorte abdominale qu'elle décolle sur une certaine étendue. La tumeur complétement énucléée est attirée hors du ventre et on peut alors facilement constater son implantation.

Il est facile maintenant de voir que la tumeur a bien été enlevée par voie transpéritonéale et non par décollement de la

séreuse : la disposition de la cavité abdominale est la suivante. A droite, l'intestin grêle, le cœcum, les côlons ascendant et transverse ; à gauche, et dans une cavité indépendante, par suite de la proéminence de la tumeur, l'angle gauche du côlon et le côlon descendant. La rate et le rein, explorés avec soin, ne présentent absolument rien de particulier.

Le péritoine postérieur et le péritoine antérieur, suturés l'un à l'autre, sont unis à la paroi par une sorte de marsupialisation. Des fils d'argent, passés en un plan, réunissent à la fois peau, muscles et les deux feuillets séreux pariétaux antérieur et postérieur : on reconstitue ainsi les deux cavités péritonéales existant avant l'ablation de la tumeur. Cette façon de faire évite un drainage postérieur. On place au contraire en avant, deux drains accolés en canon de fusil et on fait le pansement.

Les suites opératoires sont bonnes, malgré une légère élévation de température qui dure plusieurs jours. Le 28 juin, on constate l'apparition d'une eschare sacrée véritable décubitus acutus tel qu'on l'observe parfois à la suite des opérations pébiennes et en particulier de l'hystérectomie vaginale. Le 29 juin, on enlève un drain, puis l'autre deux jours après. Au début de juillet, l'eschare est en bonne voie de guérison. La malade se lève le 25 juillet et peut quitter l'hôpital au début du mois d'août.

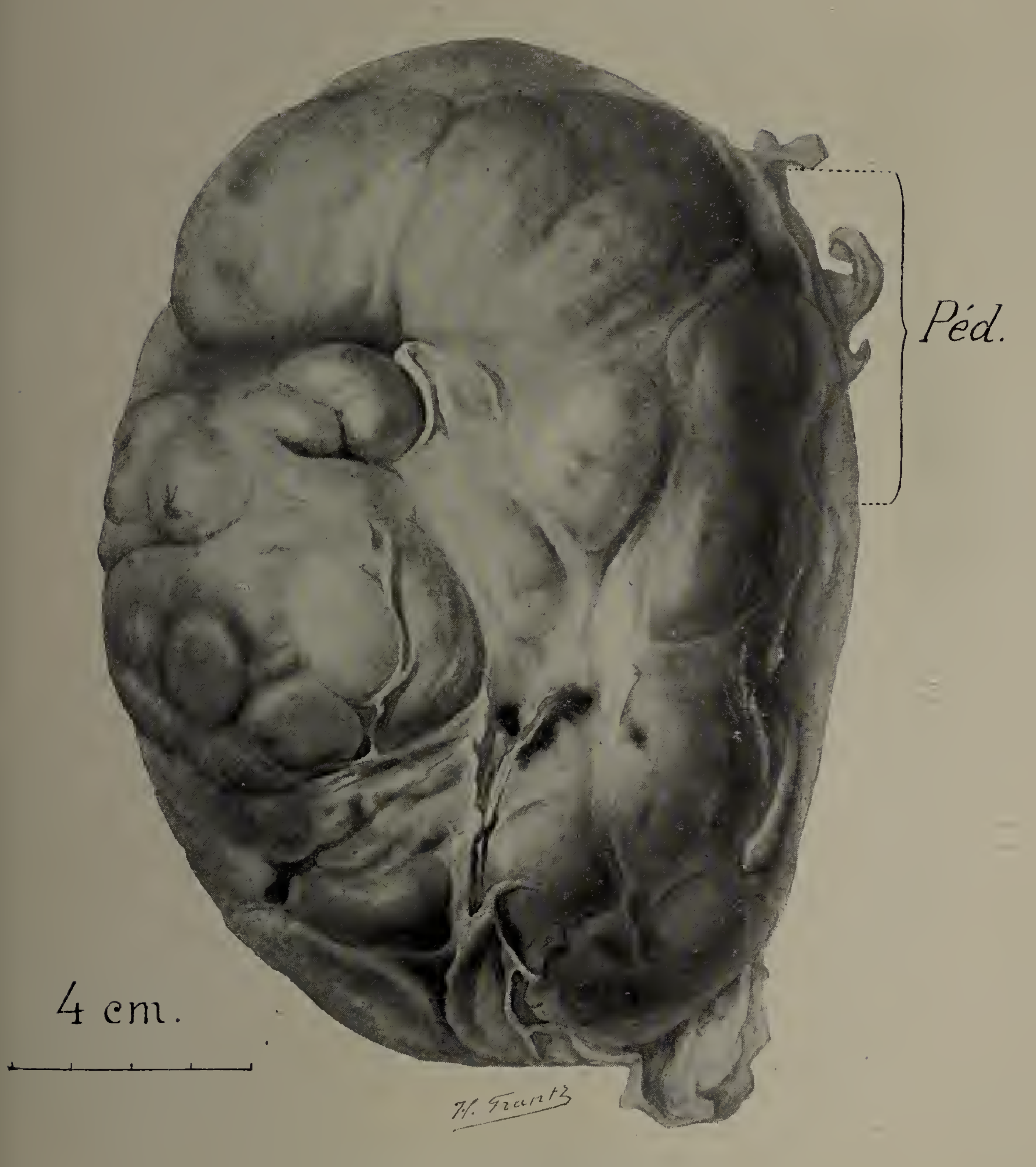
Examen de la tumeur. — Nous avons dit que la tumeur, représentée par deux masses de volume inégal (voir anatomie pathologique) est du poids de 1 kgr. 750. Elle se présente comme une masse globuleuse, irrégulièrement sphérique, avec quelques bosselures. L'autre, beaucoup plus petite, absolument indépendante de la première, représente une moitié d'ellipsoïde et rappelle un peu la forme de la rate. Les deux tumeurs présentent le même aspect, la même consistance, la même structure.

La coupe nous montre une surface blanc jaunâtre, avec des travées blanchâtres, appartenant bien au tissu fibreux. Ces

travées délimitent des logettes, dont une plan volumineux, au niveau du pédicule, atteint les dimensions d'une mandarine.

Les fragments de la tumeur, examinés au microscope nous montrent certains noyaux de la surface constitués par un feutrage serré de tissu fibreux. Les noyaux sont rares, les vaisseaux peu nombreux et les capillaires entourés d'une paroi fibreuse très épaisse. En d'autres points, les éléments sont beaucoup moins serrés et on découvre les mailles d'un tissu lâche où se voient des espaces clairs. Ces espaces peuvent être remplis d'une matière hyaline, albumineuse, coagulée par la fixation. En somme il s'agit bien d'un fibrome : les éléments sont bien des fibres cellules, il n'y a pas de noyaux volumineux, pas de Kariokinèse, pas de capillaires embryonnaires et on trouve des vaisseaux à paroi conjonctive épaissie.

PLANCHE I



Tumeur après l'extirpation.

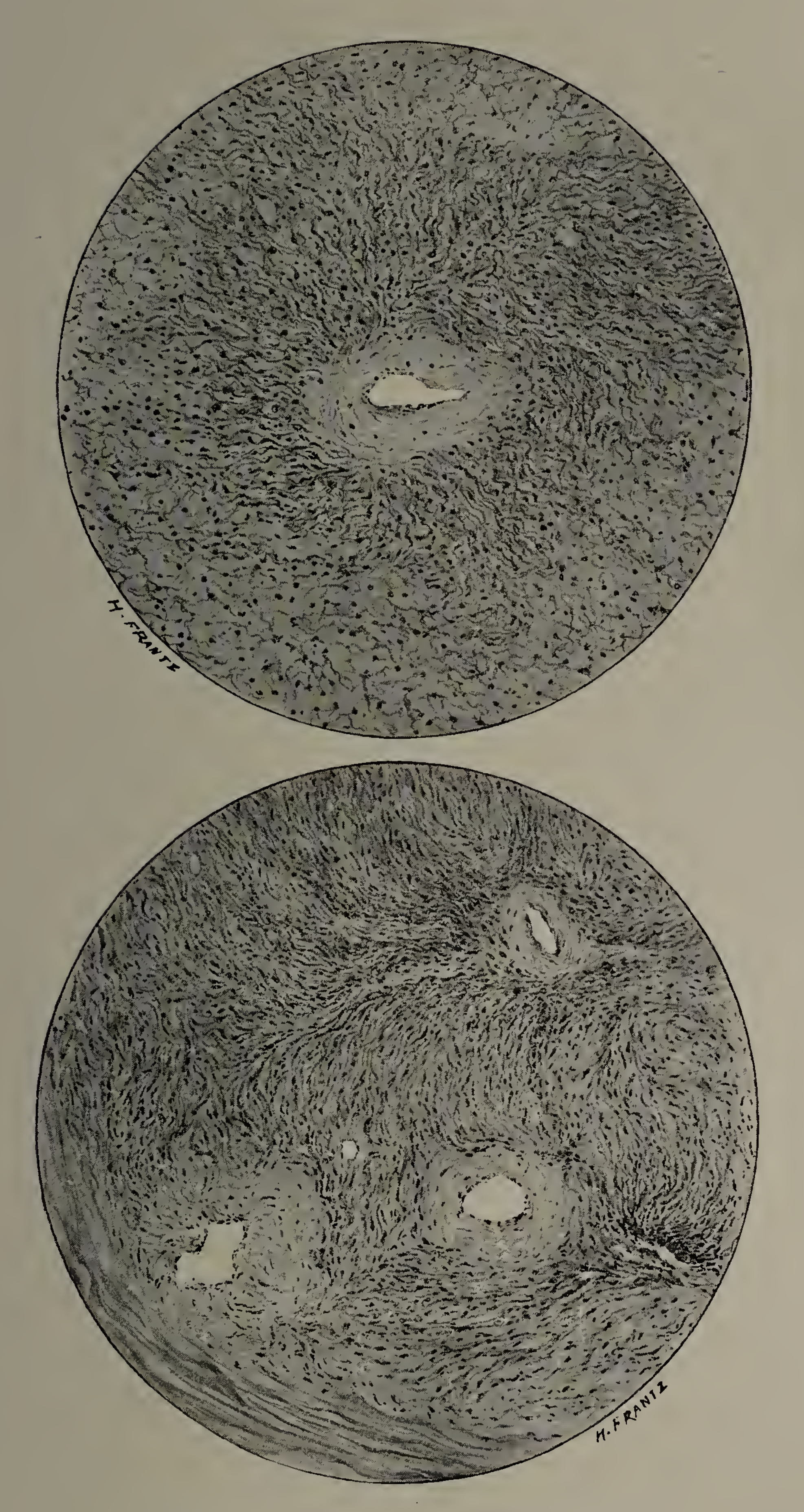
PLANCHE II

4 cm.

H. Frantz 1906

Coupe verticale de la tumeur dans son grand axe.

PLANCHE III



Coupes histologiques de la tumeur.

CONCLUSIONS

I. — Il existe actuellement deux observations de fibromes périostiques d'origine vertébrale. Ces observations, qui toutes deux ont trait à des fibromes de la colonne dorsale, sont rapportées par Cruveilhier et par Virchow.

II. — On a voulu décrire à certains fibromes de la paroi abdominale des origines vertébrales ; mais, dans ce cas, l'origine aponévrotique est toujours la première en date, et l'origine périostique secondaire. Cette remarque est vraie dans les tumeurs fibreuses observées à la région cervico-dorsale.

III. — Pour qu'une tumeur fibreuse ait véritablement une origine périostique vertébrale primitive, il faut :

a) Que son pédicule ne s'incise pas au même point que les attaches aponévrotiques de la région (apophyses épineuses et transverses des vertèbres) ;

b) Qu'il soit rétroaortique de la quatrième dorsale à la cinquième lombaire et rétroligamentaire tout le long du rachis.

IV. — L'observation que nous rapportons expose que la malade opérée par M. Segond présentait au niveau de la deuxième vertèbre lombaire le pédicule d'une volumineuse tumeur fibreuse qui offre les conditions de déve-

loppement et de situation sus-énoncées et qui paraît se rapprocher par conséquent des tumeurs fibreuses déjà décrites au niveau de la colonne dorsale.

V. — La colonne cervicale, dans sa région prévertébrale, n'offre aucun exemple de tumeur fibreuse du même genre. La littérature médicale nous fournit au contraire de nombreux exemples de fibromes développés le long de la nuque, aux dépens du grand ligament vertébral postérieur.

VI. — L'étude de tous ces fibromes prévertébraux n'est pas encore faite et varie beaucoup suivant la région en cause. A la colonne lombaire, ces tumeurs rétropéritonéales sont intéressantes par suite des rapports de la tumeur avec l'aorte, par suite de la difficulté du diagnostic et des surprises que réserve l'intervention.

Vu : Le président de la thèse,
P. SEGOND.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bodin. — Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme. *Th.*, Paris, 1861.

Claret. — Tumeurs primitives à la paroi antérieure de l'abdomen. *Th.*, Paris, 1903.

Chairau. — Etude clinique sur les tumeurs fibreuses de la fosse iliaque. *Bulletin Soc. Chir.*, Paris, 1864.

Chassaignac. — Tumeur fibro-plastique siégeant à la partie supérieure du tronc. *Bulletin Soc. Chir.*, Paris, 1853, IV, p. 56.

Cornil et Ranvier. — Traité d'anatomie pathologique, 1901, p. 38.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique, 1856, t. III, p. 641.

Damalix. — Etude sur les fibromes de la paroi abdominale antérieure. *Th.*, Paris, 1886.

Depaul. — Tumeur fibreuse périostique. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1877, p. 741.

Desprès. — Tumeurs fibreuses de la fosse iliaque, 1874. Dict. prat. méd. et chir., t. XVII, p. 409.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie, article Fibrome, tome I 1890, p. 428.

Forster. — The fibroïd tumours. *The Lancet*, 1873.

Haquin. — Fibromes de la paroi abdominale. *Th.*, Paris, 1889.

Hall. — Abdominal tumour growing from the lumbar vertebræ and simulating an enlargement of the liver. *Proc. M. Soc. London*, 1875, 7, III, 62.

Huguier. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, Paris, 1860, p. 625.

— Tumeur fibreuse de la nuque. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1862-1863, 2e sem., III, 499-501.

Hulke. — *The Lancet*, 1870.

Gillette. — Dict. encyclopédique des sciences médicales (art. cou), tome XXI, p. 236. Paris 1878.

Gross. — Fibromes de la paroi abdominale. *Bulletin méd.*, Paris, 1900, XIV, 297-299.

Guerrier. — Etude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure. *Th.*, Paris, 1883.

Guyon. — Des fibromes aponévrotiques intrapariétaux, et en particulier de ceux de la région cervico-dorsale. Acad. de méd., 1877, et *Tribune médicale*, 1877, p. 151, 157, 165 et 173.

Lannelongue. — Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques. Mém. Acad. de Méd. de Paris, 1867-1868, XVIII, 271-318.

Labbé et Rémy. — Traité des fibromes de la paroi abdominale. Paris, 1880.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie clinique et opératoire, t. I et VI, article Fibromes et article Tumeurs de la paroi abdominale.

Limange. — Tumeurs fibreuses de la crête iliaque. *Gaz. des hôpitaux*, 1850.

Maisonneuve. — Note sur l'extirpation des tumeurs fibreuses profondes par la méthode dite du morcellement. Acad. des sciences, 7 août 1854.

— *Th.* d'agrégation, 1839.

Nélaton. — Sur une espèce particulière de tumeurs auxquelles on peut donner le nom de tumeur fibreuse de la fosse iliaque. *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 77.

Nicaise. — Note sur les fibromes aponévrotiques et périostiques du tronc. *Revue de Chirurgie*, 1878.

O' Neill. — Tumeurs conjonctives bénignes de la paroi abdominale. *Th.*, Paris, 1901.

Panas. — *Gaz. des hôpitaux*, 1872.

Poirier et Charpy. — Traité d'Anatomie humaine, tome I, p. 731.

Salesses. — Etude sur les tumeurs fibreuses péripelviennes. *Th.*, Paris, 1876.

Tillaux. — *Bulletin de la Soc. Chir.* Paris, 1875, p. 884.

Teller (Gustave). — Bertrage zur Kenntnis der retroperitoneal tumoren. *Th.*, Greisfswald, 1904.

Terrillon. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1886.

Virchow. — Pathologie des tumeurs, t. I, p. 351, 1867.

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)


IMP. F. DEVERDUN
BUZANÇAIS (Indre)